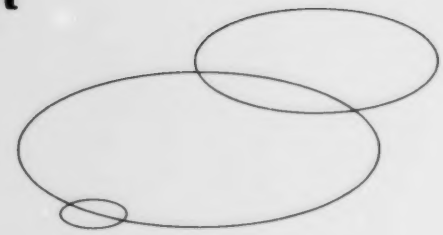
Évaluation

du régime
général
d'assurance
médicaments

15 décembre 1999



Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

Édition produite par
le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document :

- **commande par télécopieur au : (418) 644-4574**
- **pour information additionnelle : (418) 643-5573**
  1 800 707-3380 (sans frais)

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1999
Bibliothèque nationale du Canada, 1999
ISBN 2-550- 35399-4

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX v

INTRODUCTION 1

1. LE RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS 9

1.1 LES OBJECTIFS 9

1.2 LA DESCRIPTION 10

1.2.1 Le régime public 11

1.2.2 Les régimes privés 12

1.3 LES MODALITÉS DE PARTAGE DES COÛTS 13

1.3.1 Le financement du régime public 13

1.3.2 Le financement des régimes privés 16

1.4 LES COMPARAISONS INTERPROVINCIALES 17

2. LE BILAN DU RÉGIME 23

2.1 LES IMPACTS SUR LES CLIENTÈLES 23

2.1.1 Les perceptions à l'égard du régime 24

2.1.2 Les effets sur la santé 27

2.1.3 Les effets sur l'effort financier des clientèles 33

2.2 LE FONCTIONNEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL 37

2.2.1 La gestion du régime 37

2.2.2 Des aspects à surveiller dans le partage public-privé 39

2.2.3 Des problèmes liés à la mise en place du Régime général d'assurance médicaments 45

2.3 L'ÉVOLUTION DES COÛTS 53

2.3.1 L'évolution des coûts du régime public d'assurance médicaments depuis 1997 54

2.3.2 La comparaison historique 1988-1999 pour les prestataires d'assistance-emploi et les personnes âgées 57

2.3.3 Les comparaisons avec les régimes privés au Québec, avec les autres provinces et les autres pays 58

2.3.4 La dynamique de croissance des coûts et les développements de la thérapie médicamenteuse: quelques exemples 62

2.3.5 Le jugement sur l'évolution des coûts 65

2.4 L'ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DU RÉGIME DE 1997 À 1999 69
2.4.1 L'évolution des contributions des usagers 69
2.4.2 L'évolution du financement des dépenses des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi (Fonds consolidé) 72
2.4.3 L'évolution du financement des dépenses pour les adhérents (Fonds de l'assurance médicaments) 73
2.5 LA COUVERTURE DES MÉDICAMENTS 77
2.5.1 Les décisions de couverture des médicaments 77
2.5.2 Les révisions de la liste depuis 1997 77
2.5.3 Les limites des critères utilisés pour l'inscription 80
2.5.4 Les interventions sur le prix des médicaments 82
2.6 L'UTILISATION OPTIMALE DES MÉDICAMENTS 85
2.6.1 Des écarts importants entre l'utilisation optimale et l'usage observé 86
2.6.2 Quelques stratégies de soutien aux professionnels de la santé 87
2.6.3 Des constatations générales sur l'utilisation 89
CONCLUSION 91

ANNEXE 1- Les membres du comité directeur constitué pour l'évaluation du Régime général d'assurance médicaments 95

ANNEXE 2- Principaux documents produits aux fins de l'évaluation du Régime général d'assurance médicaments 97

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Contribution des clientèles assurées auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec 12

Tableau 2 - Financement du régime public d'assurance médicaments (1998-1999) 15

Tableau 3 - Financement des régimes privés d'assurance médicaments (1998) 16

Tableau 4 - Comparaison des programmes publics de médicaments au Canada : Illustration d'une famille de deux adultes et de deux enfants (revenu familial annuel de 50 000$) 18

Tableau 5 - Comparaison des programmes publics de médicaments au Canada : Contribution demandée aux prestataires de la sécurité du revenu 19

Tableau 6 - Évolution de l'utilisation des services médicaux chez les assurés privés et les adhérents, 1996 à 1998 29

Tableau 7 - Évolution de l'utilisation des services médicaux chez les adhérents selon le niveau de contribution annuelle, 1996 à 1998 31

Tableau 8 - Contribution moyenne des usagers par personne participante en $ et en pourcentage de leurs dépenses de médicaments 34

Tableau 9 - Répartition des entrées nettes des adhérents au régime public pour les années 1997 et 1998 42

Tableau 10 - Problèmes liés à la mise en place du Régime général d'assurance médicaments 52

Tableau 11 - Évolution du coût brut du régime public d'assurance médicaments (Ensemble des clientèles) 54

Tableau 12 - Évolution des coûts du Régime général d'assurance médicaments 55

Tableau 13 - Programme de médicaments pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance emploi : Comparaison de l'évolution historique avec la variation annuelle moyenne 1998 et 1999 57

Tableau 14 - Comparaison interprovinciale : Évolution des dépenses *per capita* en produits pharmaceutiques 60

Tableau 15 - Comparaison internationale des dépenses *per capita* en produits pharmaceutiques : Montant ajusté de l'indice de parité du pouvoir d'achat 61

Tableau 16 - Programme de médicaments pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi : Évolution des coûts de 1988 à 1998 62

Tableau 17 - Mortalité par maladie cardiovasculaire : taux par 1 000 habitants 63

Tableau 18 - Pourcentage des contributions des usagers par rapport aux coûts bruts du régime en montants de ces contributions 70

Tableau 19 - Évolution du partage des coûts (Ensemble des clientèles publiques) 71

Tableau 20 - Évolution des dépenses de médicaments financées par le Fonds consolidé 72

Tableau 21 - Estimations des dépenses de médicaments financées par le Fonds consolidé 73

Tableau 22 - Fonds de l'assurance médicaments : États financiers 74

Tableau 23 - Fonds de l'assurance médicaments : Équilibres financiers estimés pour 1999-2000 et 2000-2001 75

Tableau 24 - Dates de mises à jour principales et nombre de produits inscrits dans la liste 79

100-04873/

La loi instituant le Régime général d'assurance médicaments en juin 1996, stipule à l'article 86 que la ministre de la Santé et des Services sociaux doit, au plus tard le 1er janvier 2000, faire un rapport au gouvernement sur sa mise en œuvre et sur l'opportunité de la modifier. L'évaluation de l'ensemble du régime doit inclure un examen du fonctionnement, de ses mécanismes et de ses impacts, notamment sur les clientèles.

- Un processus de révision continu

De son entrée en vigueur, le 1er août 1996, jusqu'à aujourd'hui, le régime a fait l'objet de nombreux travaux d'analyse et d'évaluation de même que d'un suivi continu de la part du Ministère et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), en concertation avec leurs principaux partenaires dont le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP), le Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) et le comité de travail regroupant le Ministère, les assureurs privés et la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ces activités de suivi visaient à déceler les effets non souhaités, pouvant porter préjudice aux personnes, et à effectuer des ajustements au régime au fur et à mesure de sa mise en application.

Parmi les améliorations les plus notables apportées depuis l'instauration du Régime général d'assurance médicaments, on peut mentionner :

- la mensualisation des contributions, en juillet 1997, pour l'ensemble des clientèles assurées auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec qui a aidé à résoudre les problèmes de manque de liquidités, principalement dans le cas des personnes démunies ou à faibles revenus;

- la définition de conjoint qui a été précisée pour ne viser que le conjoint et les personnes à charge domiciliées chez l'assuré;

- le cas des employés fédéraux qui a été résolu temporairement par une entente entre la Sun Life et la Régie de l'assurance maladie du Québec, en vigueur jusqu'en décembre 2000;

- les cas des personnes assurées par le secteur privé ayant à faire face à des déboursés importants qui ont été résolus sur une base individuelle par chaque assureur;

- une fiche préparée par la Commission d'accès à l'information du Québec à l'intention des employeurs (octobre 1998), concernant les possibilités de bris de confidentialité, lorsqu'un employé doit faire parvenir ses factures de médicaments à son employeur, et l'importance du respect des renseignements personnels.

- la décision du gouvernement, en juin 1999, d'exempter de toute contribution les prestataires d'assistance-emploi présentant des contraintes sévères à l'emploi; un nombre important de personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants se retrouvent dans cette catégorie.

• La démarche d'évaluation

Les études et les analyses nécessaires à l'évaluation de l'ensemble du régime ont été conduites par un comité directeur formé au début de l'année 1999. Ce comité, composé d'une dizaine de personnes, avait comme mandat d'effectuer ou de faire effectuer les travaux nécessaires pour remplir l'obligation d'évaluation inscrite dans la loi, d'en coordonner la réalisation et d'en assurer l'intégration (voir la composition du comité à l'annexe 1).

Pour vérifier si la mise en œuvre de la loi et de son principal dispositif ont contribué à l'atteinte des objectifs visés, le comité ministériel a conçu le plan de travail de manière à

ce que la révision du régime général s'appuie sur l'évaluation la plus complète et la plus rigoureuse possible de son fonctionnement et de ses résultats, et ce, en mettant à contribution tous les travaux disponibles effectués par les différentes unités du gouvernement impliquées dans sa gestion, de même que des travaux plus spécialisés réalisés par des experts ou des chercheurs externes (voir l'annexe 2).

La démarche, qui constitue l'essentiel de ce rapport, a consisté à faire le bilan de la mise en œuvre du régime par rapport à deux types de questionnement : l'impact sur les clientèles et l'efficacité des mécanismes de régulation du régime.

Le plan de travail adopté par le comité a été divisé en sept cibles principales d'évaluation, les trois premières pour répondre au questionnement sur l'impact et les quatre suivantes, au questionnement sur l'efficacité des mécanismes de régulation. Ce sont :

- cible 1 : l'impact sur les clientèles traditionnelles (les travaux de recherche de l'équipe du D^{r} Tamblyn);
- cible 2 : l'impact sur les nouvelles clientèles;
- cible 3 : l'impact sur l'assurance privée;
- cible 4 : les problèmes en lien avec le régime;
- cible 5 : les coûts et le financement du régime;
- cible 6 : les décisions de couverture des médicaments (Rapport McGregor);
- cible 7 : l'utilisation optimale du médicament.

Pour quatre des sept cibles, les travaux ont été réalisés à l'interne, soit par le ministère de la Santé et des Services sociaux, soit par la Régie de l'assurance maladie du Québec, en mettant à profit notamment l'information produite par le Conseil consultatif de pharmacologie et par le Comité de revue de l'utilisation des médicaments, de même que celle découlant des rencontres du comité conjoint Ministère-Assureurs privés-Régie de l'assurance maladie.

Trois des sept cibles retenues ont fait l'objet de travaux à l'externe : l'évaluation de l'impact sur les clientèles traditionnelles (Rapport Tamblyn *et al.*); une enquête sur les perceptions des nouveaux adhérents à l'égard du régime réalisée, en partie, par la firme SOM (groupes de discussion) et par l'Institut de la statistique du Québec (enquête téléphonique); enfin, l'évaluation des mécanismes et des critères pour approuver l'inscription des médicaments sur les listes des produits couverts par le régime (Rapport McGregor).

Pour chacune des cibles, un bilan a été produit et discuté au sein du comité; des pistes de révision seront établies ultérieurement à partir des problèmes qui ont été relevés et des risques pour la poursuite du régime.

Ce rapport, qui marque l'aboutissement de la démarche d'évaluation, présente d'abord une vue d'ensemble du régime général. Il dresse ensuite un bilan du régime vu sous l'angle des impacts sur les clientèles (cibles 1 et 2), du fonctionnement du régime et du partage public-privé (cibles 3 et 4), de l'évolution des coûts et de leur financement (cible 5), des décisions de couverture (cible 6) et de l'utilisation optimale des médicaments (cible 7). Ce bilan permet de cerner les acquis du régime ainsi que les principaux risques qui peuvent le menacer.

partie 1

Le régime général d'assurance médicaments

1. LE RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

1.1 Les objectifs

Le régime général a pour objet d'assurer à toute la population un accès raisonnable et équitable aux médicaments et aux services pharmaceutiques requis par l'état de santé des personnes. Une couverture de base est ainsi offerte à tous les citoyens, compte tenu des ressources financières disponibles.

La mise en place d'un régime d'assurance médicaments visait à éliminer les iniquités reliées à la protection disparate voire incomplète offerte avant 1997, à diminuer l'écart qui existait entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires en matière de couverture de médicaments et à soutenir le virage ambulatoire. Une personne non assurée et souffrant de diabète par exemple devait assumer seule la totalité du coût de son traitement. Plusieurs autres catégories de personnes malades ne pouvaient bénéficier d'une protection adéquate et le risque financier que représentait le coût des traitements médicamenteux devenait de plus en plus tangible. Le *Rapport du Comité d'experts sur l'assurance médicaments*[1] soulignait aussi le manque d'intégration des médicaments à la politique de santé et la barrière entre la sécurité du revenu et l'emploi. Dans ce cas, le prestataire d'assistance-emploi obtenait ses médicaments gratuitement alors que le travailleur à faible revenu devait assumer la totalité de sa dépense de médicaments. Le comité prévoyait à ce moment une progression continue de la croissance du coût des médicaments d'ordonnance.

Devant l'état de la situation, le gouvernement a jugé qu'il fallait intervenir en s'assurant que tous les citoyens soient couverts et que les médicaments essentiels soient accessibles, au meilleur coût possible, pour la société et les individus. C'est donc avec un souci de justice sociale et de solidarité que le gouvernement proposait d'étendre à

---

1 *Rapport du Comité d'experts sur l'assurance médicaments*. Québec, 1996.

toute la population du Québec le filet de protection sociale en matière de traitements médicamenteux et de services pharmaceutiques.

1.2 La description

Le Régime général d'assurance médicaments adopté par le Québec offre une couverture **universelle** qui garantit une protection de base à tous les citoyens, sans égard à leurs revenus. Ce régime est **mixte**, c'est-à-dire que le gouvernement a choisi de s'inspirer des modalités de couverture offertes par le secteur de l'assurance privée et de conserver ces régimes, moyennant la mise en place de balises minimales. Ce régime est **contributif** puisque son financement s'appuie sur la participation financière des assurés qui paient une prime en échange de la protection qui est offerte. Dans le cas des personnes assurées par le régime public, la prime est prélevée à partir de la déclaration de revenus, alors que les employés qui assument une partie des coûts reliés à un régime privé d'assurance collective cotisent directement à partir de leur salaire, ou indirectement lorsque leur employeur assume une partie du coût à titre d'avantage social. De plus, au moment où une personne consomme, elle paie une partie du coût sous la forme d'une franchise et/ou d'une coassurance. Des mesures d'assistance ont été maintenues par le gouvernement dans le cas des personnes démunies et à faible revenu.

Le régime général couvre les médicaments prescrits, achetés au Québec dans une pharmacie du réseau communautaire et qui sont inscrits sur la Liste des médicaments assurés. Cette liste est dressée par la ministre à la suite des recommandations faites par le Conseil consultatif de pharmacologie, pour le bénéfice de toute la population du Québec. Les régimes privés peuvent offrir une protection plus large et établir le coût de la prime en conséquence.

1.2.1 Le régime public

La Régie de l'assurance maladie du Québec assure les personnes âgées de 65 ans et plus, les prestataires d'assistance-emploi et les quelque 1,5 million de personnes qui n'ont pas accès à un régime collectif d'assurance. Au total, au 31 mars 1999, le régime couvrait plus de 3 millions de personnes.

CLIENTÈLE DU RÉGIME PUBLIC AU 31 MARS 1999	
Adhérents	1 531 093
Prestataires d'assistance-emploi	705 044
Personnes âgées de 65 ans et plus	850 499
Total	3 086 636
Source : *Rapport annuel 1998-1999*, Régie de l'assurance maladie du Québec.	

La franchise a été établie à 100 $ sur une base annuelle (soit 8,33 $ sur une base mensuelle) et le taux de coassurance est de 25 %. Une limite de déboursés s'applique de façon différente selon les sous-groupes visés, jusqu'à un maximum annuel de 750 $ par adulte. Toutefois, depuis le 1er octobre 1999, les prestataires d'assistance-emploi présentant des contraintes sévères à l'emploi sont exemptés de toute contribution.

La prime est prélevée à la fin de l'année par le ministère du Revenu, lors de la déclaration de revenus des particuliers. Cette prime varie de 0 $ à 175 $ et elle est fonction du revenu du ménage. Les enfants et les étudiants à temps plein, âgés de 18 à 25 ans, sont couverts gratuitement à même la prime payée par leurs parents. Les prestataires d'assistance-emploi et les personnes âgées recevant le maximum du supplément de revenu garanti (SRG) ne paient aucune prime.

Le tableau 1 résume la contribution des différents groupes assurés auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau 1

CONTRIBUTION DES CLIENTÈLES ASSURÉES AUPRÈS DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC				
Clientèle	**Franchise mensuelle**	**Coassurance**	**Limite de contribution mensuelle**	**Prime**
Enfants et étudiants de 18 à 25 ans à temps plein	0 $	0 $	0 $	0 $
Prestataires* avec contraintes sévères à l'emploi	0 $	0 $	0 $	0 $
Prestataires* sans contraintes ou avec contraintes temporaires à l'emploi	8,33 $	25 %	16,66 $ (200 $ annuel)	0 $
Personnes âgées recevant le maximum du SRG	8,33 $	25 %	16,66 $ (200 $ annuel)	0 $
Personnes âgées recevant le SRG partiel	8,33 $	25 %	41,66 $ (500 $ annuel)	0 $ à 175 $ / individu
Personnes âgées ne recevant pas de SRG	8,33 $	25 %	62,49 $ (750 $ annuel)	175 $ / individu
Adhérents	8,33 $	25 %	62,49 $ (750 $ annuel)	0 $ à 175 $ / individu

* Prestataires d'assistance-emploi
SRG : Supplément de revenu garanti

1.2.2 Les régimes privés

Les individus, conjoints et personnes à charge qui ont accès à un régime collectif d'avantages sociaux sont assurés auprès du secteur privé. Les assureurs ne peuvent pas discriminer en fonction de l'âge ou du sexe et ils ne peuvent pas exclure les risques majeurs liés à la maladie. Un processus de mutualisation a été prévu dans la loi de façon à répartir les risques excédentaires sur l'ensemble des groupes et à empêcher une trop forte augmentation des primes, ce qui pourrait entraîner l'exclusion des personnes à risque ou conduire à l'abandon de régimes. La coassurance, ou

pourcentage du coût de l'ordonnance payé par l'individu lors de l'achat du médicament, ne peut pas être supérieure à 25 %. La loi limite cette contribution à 750 $ par année, par individu, dans le but de mieux protéger les personnes malades et qui consomment davantage. Selon le cas, la prime est prélevée sur le salaire de l'employé et versée périodiquement à l'assureur ou au gestionnaire du régime, ou assumée en partie ou en totalité par l'employeur.

De façon générale, les catégories de personnes admissibles, les protections offertes et le niveau de participation font l'objet de négociations entre les parties. Les décisions de couverture sont exercées par les preneurs de contrats d'assurance, c'est-à-dire l'employeur, le syndicat et/ou les employés.

1.3 Les modalités de partage des coûts

1.3.1 Le financement du régime public

La Loi sur l'assurance-médicaments fixe le montant de la prime et de la franchise applicables dans le cas des clientèles assurées auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec. La Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec (article 37.6) précise, par ailleurs, les modalités de perception des primes et de calcul des exemptions, partielles ou totales applicables aux personnes démunies et aux familles à faible revenu.

D'une part, les dépenses de médicaments et de services pharmaceutiques pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi ont été traditionnellement financées par le Fonds consolidé. Ce financement a été en grande partie maintenu lors de la mise en place du régime général.

D'autre part, les dépenses de médicaments et de services pharmaceutiques pour les nouveaux assurés sont financées par le Fonds de l'assurance médicaments. En

principe, le fonds doit s'autofinancer, c'est-à-dire que la dépense de médicaments et de services pharmaceutiques pour cette clientèle doit être payée entièrement par les primes perçues et la contribution de l'assuré au moment où il consomme.

Le Fonds de l'assurance médicaments a été créé à la suite de l'adoption de la Loi sur l'assurance-médicaments (article 107) dans le but de faciliter la gestion du régime général. La Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec (articles 40.1 à 40.7) en précise les modalités d'application. Sont versées au fonds les primes prélevées par le ministère du Revenu auprès des adhérents et des personnes âgées qui cotisent. Le montant de la prime doit permettre l'autofinancement du fonds en sachant qu'une partie des assurés ne paiera qu'une prime partielle, en raison de l'aide consentie par l'État aux personnes à faible revenu. L'ensemble des assurés payant le plein montant de la prime assume donc le coût de cette mesure d'assistance. La gratuité accordée aux enfants à charge du groupe des adhérents est financée de la même façon. Les frais administratifs encourus par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour le fonctionnement de l'ensemble du régime (système interactif, etc.), de même que les frais encourus par le ministère du Revenu sont puisés à même le fonds. La Régie de l'assurance maladie a été identifiée dans la loi comme gestionnaire du fonds.

Le tableau 2 illustre comment est réparti le financement de l'ensemble de la dépense de médicaments et de services pharmaceutiques pour les clientèles assurées auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau 2

FINANCEMENT DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS (1998-1999)*				
Programme	**Coût**	**Sources de financement**		
		Contribution individuelle	**Fonds consolidé**	**FAM**
Prestataires d'assistance-emploi - adultes	252,7 M$	31,1 M$ (12,3 %)	221,6 M$ (87,7 %)	S/O
- enfants et étudiants de 18 à 25 ans à temps plein	17,4 M$		17,4 M$ (100 %)	S/O
Sous-total	**270,1 M$**	**31,1 M$**	**239,0 M$**	
Personnes âgées	751,1 M$	189,9 M$ (25,3 %)	561,2 M$ (74,7 %)	S/O
Sous-total	**751,1 M$**	**189,9 M$**	**561,2 M$**	
Adhérents - adultes	284,6 M$	88,3 M$ (31 %)	S/O	196,3 M$ (69 %)
- enfants et étudiants de 18 à 25 ans à temps plein	33,3 M$			33,3 M$ (100 %)
Sous-total	**317,9 M$**	**88,3 M$**		**229,6 M$****
Total	**1 339,1 M$**	**309,3 M$**	**800,2 M$**	**229,6 M$**

* Données provenant du *Rapport annuel 1998-1999 de la Régie de l'assurance maladie du Québec*

** Excluant les frais de gestion

FAM Fonds de l'assurance médicaments

S/O Sans objet

En résumé et selon les paramètres qui sont appliqués au régime public, un montant total de 309,3 M$ est financé par une contribution directe des individus au moment de l'achat de médicaments. La balance, soit 1 029,8 M$, est financée par le Fonds consolidé et les primes versées au Fonds de l'assurance médicaments, pour un coût total de 1 339,1 M$.

1.3.2 Le financement des régimes privés

Dans les régimes privés, une contribution est demandée à chaque assuré. Une franchise minimale peut être demandée (25 $ à 50 $ en moyenne) et l'assuré paie une coassurance ou un pourcentage du coût de l'ordonnance (habituellement 20 %). Au total, les régimes privés remboursent près de 80 % du coût des médicaments et des services pharmaceutiques. Les primes payées par les employés, les syndicats et les employeurs servent à financer cette partie des coûts de même que les frais de gestion.

Tableau 3

FINANCEMENT DES RÉGIMES PRIVÉS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS (1998*)		
Programme	**Coût**	**Sources de financement**
Régimes collectifs d'avantages sociaux en assurance maladie (médicaments)	485 M$ (79,6 %)	Primes payées par les employeurs et/ou les employés admissibles
	124 M$ (20,4 %)	Franchise et coassurance payées par les consommateurs de médicaments
TOTAL	**609 M$****	

* Données représentant près de 95 % du marché québécois de l'assurance médicaments – Industrie de l'assurance, 1998

** Excluant les frais de gestion

Comme l'indique le tableau 3, selon ces paramètres, un montant de 124 M$ est financé par une contribution directe des individus au moment de l'achat de médicaments. La balance, soit 485 M$, est financée par le biais des primes réparties sur l'ensemble des assurés susceptibles de bénéficier de la couverture offerte, pour un coût total de 609 M$.

1.4 Les comparaisons interprovinciales

Le Régime général d'assurance médicaments mis en place par le Québec se compare avantageusement aux autres provinces au chapitre des garanties offertes et de l'étendue de la couverture.

L'Ontario a choisi d'offrir une assurance du type « catastrophe » aux personnes qui ont des dépenses importantes de médicaments par rapport à leur revenu. La participation financière des personnes lors de l'achat des médicaments se situe à environ 4 % du revenu familial annuel imposable. Au-delà de ce montant, des frais minimaux de 2 $ par ordonnance s'applique, sans limite de contribution. Aucune balise n'a été fixée pour les assureurs du secteur privé.

Les provinces de l'Ouest ont été les premières provinces à compléter leur filet de protection sociale en matière de dépenses de médicaments, mais, en général, le montant de base assumé par les individus avant une prise en charge par le régime est élevé. En Colombie-Britannique, une famille doit assumer seule les premiers 800 $, puis 30 % du coût des médicaments jusqu'à une limite annuelle de 2 000 $. La Saskatchewan a haussé considérablement le niveau de contribution en 1993. La franchise familiale est établie à 850 $ par période de six mois pour la population en général et le taux de coassurance est de 35 % au-delà de ce montant, sans limite annuelle. La protection offerte par l'Alberta aux résidants qui n'ont pas accès à un régime privé est facultative et une prime mensuelle doit être payée. Dans l'ensemble, la contribution demandée aux familles à faible revenu et associée à la consommation de médicaments coûteux est importante puisque ces familles doivent assumer seules un niveau de dépenses significatif.

Sauf dans le cas des personnes âgées et des bénéficiaires de la sécurité sociale, les provinces de l'Atlantique n'offrent pas d'assurance médicaments à leurs résidants.

Le tableau 4 résume le niveau de contribution exigée dans l'ensemble des provinces canadiennes, sur le plan de la franchise, de la coassurance et des limites annuelles de dépenses. Le cas d'une famille comportant deux adultes et deux enfants, avec un revenu familial annuel de 50 000 $ est illustré.

Tableau 4

COMPARAISON DES PROGRAMMES PUBLICS DE MÉDICAMENTS AU CANADA ILLUSTRATION D'UNE FAMILLE DE DEUX ADULTES ET DEUX ENFANTS (REVENU FAMILIAL ANNUEL 50 000 $)

Province	Franchise	Coassurance	Limite annuelle des dépenses
QUÉBEC	8,33 $ mensuel (ou 100 $ annuel) par adulte Aucun frais pour les enfants et les étudiants à temps plein âgés de18 à 25 ans	25 % au-delà de la franchise, jusqu'à un maximum incluant la franchise de 62,49 $ mensuel (ou 750 $ annuel) par adulte	1 500 $ par famille de 2 adultes
ONTARIO	462,50 $ trimestriel (ou 1 850 $ annuel) par famille	2 $ par ordonnance au-delà de la franchise	Aucune limite
COLOMBIE-BRITANNIQUE	800 $ annuel par famille	30 % au-delà de la franchise	2 000 $ par famille
ALBERTA		30 % (maximum par ordonnance : 25 $)	Aucune limite
SASKATCHEWAN	850 $ semestriel (ou 1 700 $ annuel) par famille	35 % au-delà de la franchise	Aucune limite
MANITOBA	1 200 $ annuel par famille	Aucun frais au-delà de la franchise	1 200 $ par famille

* Les provinces de l'Atlantique, soit Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île du Prince-Édouard n'offrent pas de régime d'assurance médicaments. La totalité de la dépense est assumée par les familles.

Le tableau 5 résume également la contribution demandée aux prestataires de la sécurité du revenu dans les programmes publics de médicaments au Canada.

Tableau 5

COMPARAISON DES PROGRAMMES PUBLICS DE MÉDICAMENTS AU CANADA CONTRIBUTION DEMANDÉE AUX PRESTATAIRES DE LA SÉCURITÉ DU REVENU		
Province	**Contribution**	**Limite annuelle des dépenses**
QUÉBEC	Franchise mensuelle 8,33 $ et coassurance de 25 % au-delà de la franchise, jusqu'à un maximum de 16,66 $ mensuel (incluant la franchise) Aucune contribution pour les enfants et les étudiants à temps plein âgés de 18 à 25 ans Aucune contribution pour les prestataires d'assistance-emploi présentant des contraintes sévères à l'emploi	Jusqu'à 200 $ annuel par adulte (16,66 $ mensuel) S/O S/O
ONTARIO	2 $ par ordonnance	Aucune limite
COLOMBIE-BRITANNIQUE	Aucune	S/O
ALBERTA	Aucune	S/O
SASKATCHEWAN	2 $ par ordonnance	Aucune limite
MANITOBA	Aucune	S/O
TERRE-NEUVE	Aucune	S/O
NOUVEAU-BRUNSWICK	2 $ ou 4 $ par ordonnance selon l'âge	Jusqu'à 250 $ annuel par famille
NOUVELLE-ÉCOSSE	3 $ par ordonnance	Aucune limite
ILE DU PRINCE-ÉDOUARD	Aucune	S/O

partie 2

Le bilan du régime

2. LE BILAN DU RÉGIME

Le régime québécois est innovateur à plus d'un titre. D'abord, l'ensemble de la population bénéficie d'une couverture de base, grâce au partenariat qui a été établi avec le secteur privé. Tous les citoyens ont l'obligation de s'assurer et tous contribuent au coût du régime, à l'exception des prestataires d'assistance-emploi présentant des contraintes sévères à l'emploi. C'est le seul régime du genre en Amérique du Nord. Ensuite, la loi contient une prescription d'évaluation avec une échéance, soit le 1er janvier 2000. Le fait d'introduire cette exigence de façon aussi explicite dans la mise en œuvre d'une nouvelle politique est peu habituel, encore plus de l'assortir d'une date butoir. Évaluer l'application d'une nouvelle politique permet de faire des ajustements en cours de route, de voir quelles en sont les répercussions, positives ou négatives, et de faire les changements nécessaires. De façon plus précise, l'évaluation qui découlera de ce processus fournit l'occasion de faire le point sur l'atteinte des objectifs d'universalité, d'accessibilité et d'équité inscrits dans la loi.

2.1 Les impacts sur les clientèles

Le régime général a introduit des changements importants pour deux clientèles qui ont été touchées différemment par la mise en place du régime :

- les adhérents, qui n'avaient pas accès auparavant à un régime d'assurance collective;

- les clientèles traditionnelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec, soit les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi. Pour une partie de ces clientèles, les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti et les prestataires d'assistance-emploi, une contribution des usagers a été introduite. Pour l'autre partie, les personnes âgées ne recevant que le supplément de revenu garanti

partiel ou ne recevant pas de supplément de revenu garanti, la contribution qui existait déjà a été augmentée;

Trois aspects ont été étudiés : les perceptions des professionnels de la santé et des adhérents à l'égard des changements introduits par la mise en place du régime général, l'impact de ces changements sur la santé et l'impact sur l'effort financier demandé aux participants, selon le type de régime auquel ils adhèrent.

2.1.1 Les perceptions à l'égard du régime

a) Les professionnels de la santé

Les perceptions des professionnels ont été obtenues de deux sources. D'abord, dans le cadre d'une des études sur l'impact du régime (étude pilotée par la Dr Robyn Tamblyn dont il est question à la section 2.1.2b), un sondage d'opinion a été effectué auprès de 400 pharmaciens et 400 médecins. De façon quasi unanime, les répondants ont estimé que l'instauration du régime a été bénéfique pour les nouveaux assurés. Plus spécifiquement, ces professionnels ont indiqué que le régime donnait aux adhérents un accès à des médicaments essentiels qu'ils ne pouvaient se permettre auparavant compte tenu de leurs coûts. Pour ces professionnels, le régime encourage la réduction du gaspillage. Il responsabilise aussi les bénéficiaires en les sensibilisant à l'importance de leur traitement.

Ensuite, une consultation spécifique auprès de trois organismes, le Collège des médecins, l'Ordre des pharmaciens et le Comité de revue de l'utilisation des médicaments, ainsi qu'auprès de l'équipe Tamblyn a été faite en mai 1999 par le Ministère. Tous les organismes ont souligné que la mise en place du régime, parce qu'il protège toute la population, est un progrès. Selon les organismes consultés, le régime a amélioré l'accessibilité aux médicaments pour les travailleurs à faible revenu, pour les personnes ayant à faire face à des coûts de médicaments très élevés et pour les

enfants. Les réserves apportées concernaient justement les problèmes qu'avait observés l'équipe Tamblyn et qui ont été, en bonne partie, corrigés par la modification de juin 1999.

L'équipe Tamblyn a d'ailleurs indiqué que le Québec a le meilleur des régimes d'assurance médicaments disponibles au Canada. Il était toutefois important que les contributions des usagers restent bien ajustées à la capacité de payer des personnes.

b) Les adhérents

Une étude auprès des adhérents au régime d'assurance médicaments est actuellement en cours afin de connaître leur perception du régime, y compris les irritants, mais aussi les avantages qu'ils en retirent sur le plan économique, la sécurité, le niveau de vie, la santé, etc. Cette étude comporte un volet qualitatif (entrevues de groupe) et un volet quantitatif (questionnaire téléphonique auprès de 2 000 adhérents au régime). Le volet qualitatif est complété. Les principaux points qui sont ressortis des entrevues de groupe, réalisées par la firme SOM, sont les suivants :

- on croit que cette assurance constitue une bonne protection pour les personnes qui n'ont pas accès à d'autres types d'assurance collective et qui n'ont pas nécessairement les moyens de payer une assurance privée;

- ceux qui ont des personnes à charge (enfants, étudiants, personnes handicapées) et ceux qui consomment des médicaments de façon régulière trouvent le régime particulièrement avantageux;

- on ne trouve toutefois pas que des avantages au régime; certains auraient voulu avoir le choix de s'assurer ou pas, et ce, particulièrement chez ceux qui n'ont jamais bénéficié du régime parce qu'ils n'ont pas de problèmes de santé; cette opinion n'est toutefois pas partagée par tous car certaines personnes qui n'ont pas encore eu

recours au régime n'en apprécient pas moins le sentiment de sécurité que ce régime leur apporte;

- on mentionne comme un désavantage le fait que tous les médicaments prescrits ne soient pas couverts, mais uniquement ceux mentionnés sur la liste;

- dans l'ensemble, on semble croire que le régime est équitable, sauf, selon certains, pour les personnes âgées et les assistés sociaux qui ont perdu des acquis;

- plusieurs éprouvent de la difficulté à saisir le mode de paiement et certaines inexactitudes en découlent : par exemple, plusieurs croient que la franchise est encore de 25 $ pour trois mois (et non de 8,33 $ par mois); que le montant de la prime est fixé à 175 $, peu importe le niveau de revenu; certains croient que le régime ne paie pas davantage que 750 $ par année en médicaments par personne, alors que le plafond de 750 $ correspond en réalité au maximum que le client aura à débourser.

Dans l'ensemble, on souhaiterait davantage d'information sur le régime et on croit qu'il faut le faire connaître en donnant des exemples de personnes qui en bénéficient.

En ce qui concerne le volet quantitatif, réalisé par l'Institut de la statistique du Québec, l'analyse de l'enquête sera complétée au cours du mois de janvier. Des compilations préliminaires permettent toutefois de faire ressortir de grandes tendances quant à la satisfaction à l'égard du régime.

Ainsi, à partir d'un échantillon de 2 000 personnes inscrites au régime public et sélectionnées au hasard, plus de huit personnes sur dix se disent en général satisfaites de l'instauration du régime et, dans les mêmes proportions, se sentent rassurées d'être couvertes par une assurance au cas où elles « tomberaient malades ».

Quand on leur demande ce qu'elles pensent du fait que certaines personnes dans notre société n'auraient pas les moyens de se payer les médicaments nécessaires pour se maintenir en santé, si le régime n'existait pas, près de neuf personnes sur dix se disent d'accord avec ce genre d'énoncé. Comme dans le cas des groupes de discussion, les aspects moins positifs à l'égard du régime portent sur la connaissance du régime. La majorité des répondants le trouvent difficile à comprendre.

2.1.2 Les effets sur la santé

Les effets sur la santé sont documentés par deux études à partir des banques de données de la Régie de l'assurance maladie. La première concerne les adhérents alors que la deuxième touche les prestataires d'assistance-emploi et les personnes âgées.

a) Les adhérents au régime général

À l'heure actuelle, environ 1,5 million de personnes adhèrent au régime général et sont désignés comme les adhérents.

Une étude a été menée afin de voir si l'accès à une assurance médicaments a eu des effets bénéfiques sur la santé des adhérents. L'état de santé a été évalué à partir d'une série d'indicateurs de l'utilisation des services médicaux (nombre de services médicaux, de visites ambulatoires, visites à l'urgence, séjour moyen en courte durée ainsi que le taux de participation). On a utilisé comme mesure représentant la consommation, la contribution des usagers, c'est-à-dire, le montant total annuel déboursé au moment de l'achat des médicaments au titre de la coassurance et de la franchise. On reflète ainsi le niveau de consommation et, en même temps, l'impact financier découlant des règles de contribution des usagers.

Ces indicateurs ont été mesurés pour quatre groupes ou sous-groupes.

Groupes ou sous-groupes	Nombre de personnes
Assurés privés	3 538 325
Adhérents	934 206*
Adhérents ayant une consommation stable	321 841
Adhérents souffrant de certaines maladies chroniques	Variable selon la maladie

* Le nombre d'adhérents en 1997 est, ici, inférieur au nombre d'inscrits au 31 décembre 1997. L'étude n'a conservé que les personnes ayant eu de manière continue le statut d'adhérent, ce qui retranche, par exemple, les personnes qui sont passées du statut de prestataires d'assistance-emploi à celui d'adhérents durant cette période.

L'étude a été faite pour la période pré-régime (1996) et pour les deux années suivant sa mise en place (1997 et 1998). De plus, chez les adhérents ayant une consommation stable, les indicateurs ont été examinés en fonction de l'âge et du niveau de contribution au régime.

Les faits saillants de cette étude sont présentés ci-dessous, excepté, pour écourter la présentation, les résultats concernant les adhérents souffrant de certaines maladies chroniques.

- Niveau de l'utilisation des services en 1996

Pendant la période pré-régime (1996), le recours aux services médicaux était plus élevé chez les adhérents que chez les assurés dans le privé, ce qui laisse supposer que les adhérents sont en moins bon état de santé que ces derniers. Ainsi le nombre de services utilisés était plus élevé en 1996 pour les adhérents que pour les personnes assurées dans le privé (8,7 services médicaux contre 8,1; voir le tableau 6).

De même, le nombre de visites ambulatoires était plus élevé chez les adhérents (3,4) que chez les assurés dans le privé (3,1). On observe le même phénomène pour la durée d'hospitalisation.

Tableau 6

ÉVOLUTION DE L'UTILISATION DES SERVICES MÉDICAUX CHEZ LES ASSURÉS PRIVÉS ET LES ADHÉRENTS, 1996 À 1998

	Assurés privés n= 3 538 325			Ensemble des adhérents n= 934 206			Usagers de médicaments Contribution* stable n= 321 841		
	1996	1997	1998	1996	1997	1998	1996	1997	1998
Services par usager									
Services médicaux	8,1	8,0	8,1	8,7	8,6	8,8	9,8	9,6	9,3
Visites ambulatoires	3,1	3,1	3,2	3,4	3,4	3,5	3,6	3,5	3,5
Visites à l'urgence	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9
Coût moyen des services médicaux par usager ($)	222	223	227	243	243	248	272	265	258
Séjour moyen de courte durée (jour)	3,2	3,2	3,3	3,7	3,6	3,8	3,6	3,2	3,1

* La contribution représente le niveau de consommation de médicaments.

- Évolution de l'utilisation des services médicaux entre 1996 et 1998 pour les trois groupes

Entre 1996 et 1998, pour les trois groupes ou sous-groupes retenus dans le cadre de l'étude, l'utilisation des services médicaux est relativement stable. Par contre, pour le sous-groupe des adhérents ayant fait usage de médicaments et chez qui la contribution est stable d'une année à l'autre, une diminution du recours aux services médicaux est observée à partir du moment où le niveau de contribution atteint un certain montant.

On peut voir au tableau 7 qu'à partir d'une contribution supérieure à 100 $, il y a une baisse de l'utilisation des services médicaux entre 1996 et 1998 et que cette baisse est plus forte pour les contributions plus élevées. Par exemple, pour ceux ayant des contributions de 301 $, le nombre de services médicaux est passé de 20,7 à 18,6, soit une diminution de 10 %, et le coût des services médicaux par personne est passé de 648 $ en 1996 à 577 $ en 1998. On peut estimer que cette baisse, qui concerne près de 16 000 personnes, a permis une économie de près de 1,1 M$ en 1998. Si on prend l'ensemble des adhérents ayant une contribution stable et supérieure à 101 $ (99 314 personnes), l'économie est de 3,1 M$.

Les résultats de l'étude suggèrent qu'il y a eu des effets bénéfiques sur la santé des adhérents qui prennent une quantité importante de médicaments et pour lesquels le régime a permis d'éliminer ou d'amoindrir une véritable barrière financière. Plus précisément, ces effets bénéfiques commencent à être perceptibles à partir d'une contribution annuelle supérieure à 101 $.

Tableau 7

ÉVOLUTION DE L'UTILISATION DES SERVICES MÉDICAUX CHEZ LES ADHÉRENTS SELON LE NIVEAU DE CONTRIBUTION* ANNUELLE, 1996 À 1998

	Contribution entre 1 $ et 100,99 $			Contribution entre 101 $ et 200,99 $			Contribution entre 201 $ et 300,99 $			Contribution supérieure à 301 $		
	1996	1997	1998	1996	1997	1998	1996	1997	1998	1996	1997	1998
Services par usager												
Services médicaux	8,8	8,8	8,8	10,3	9,9	9,6	13,0	13,0	12,0	20,7	20,0	18,6
Visites ambulatoires	3,2	3,2	3,2	3,6	3,5	3,5	4,4	4,3	4,2	6,9	6,9	6,7
Visites à l'urgence	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	2,0	2,0	2,0	2,4	2,4	2,4
Coût moyen des services médicaux par usager ($)	243	243	242	287	274	265	385	378	356	648	614	577
Séjour moyen de courte durée (jour)	2,5	2,3	2,3	3,2	2,8	2,7	4,2	3,7	3,8	8,3	7,0	7,1

* La contribution représente le niveau de consommation de médicaments.

b) Les prestataires d'assistance-emploi et les personnes âgées

En mai 1997, le ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé à des chercheurs indépendants d'évaluer l'impact de la hausse de la contribution des usagers pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi. Une équipe interuniversitaire dirigée par la Dr Robyn Tamblyn de l'Université McGill a réalisé cette étude. Le rapport final a été rendu public par les chercheurs le 26 mars 1999 (voir la référence à l'annexe 2).

L'étude montre que :

- L'introduction de contributions plus élevées a provoqué une baisse de la consommation de médicaments chez les personnes âgées (9 % en moyenne) et chez les prestataires d'assistance-emploi (14 % en moyenne); les médicaments essentiels comme ceux qui le sont moins ont été touchés.

- La baisse de consommation de médicaments essentiels a entraîné des effets négatifs sur la santé des groupes les plus vulnérables et une hausse de la consommation des autres services de santé : visites médicales, visites à l'urgence, hospitalisations et admissions en longue durée.

- Ces effets négatifs ont été plus importants chez les prestataires d'assistance-emploi que chez les personnes âgées qui semblent s'être mieux adaptées à ces nouvelles contraintes. Les prestataires d'assistance-emploi souffrant de troubles mentaux sévères et persistants ont été particulièrement touchés.

- En contrepartie, la baisse de consommation de médicaments moins essentiels entraînée par le régime a fait diminuer de façon importante le nombre de visites médicales chez les personnes âgées qui prennent régulièrement ces médicaments.

Malgré le fait qu'une évaluation en profondeur de l'ensemble du régime général était déjà prévue, les conclusions de cette étude ont conduit le gouvernement à apporter rapidement des corrections. Une modification législative a ainsi été adoptée en juin 1999 pour exonérer de toute contribution les prestataires d'assistance-emploi présentant des contraintes sévères à l'emploi. Cette modification permet d'enlever complètement le problème d'accessibilité financière de la grande majorité des prestataires retenus par l'étude Tamblyn comme les plus fortement touchés par la hausse des contributions.

Comme cette modification n'est entrée en vigueur que le 1er octobre 1999, il est trop tôt pour l'évaluer.

En résumé, le régime semble avoir articulé un compromis raisonnable entre les avantages que représente une plus grande accessibilité aux médicaments pour 1,5 million de citoyens et les inconvénients reliés à l'introduction et à l'augmentation des contributions.

2.1.3 Les effets sur l'effort financier des clientèles

Pour les adhérents, le régime prévoit une contribution (franchise et coassurance). En 1998, par participant, celle-ci est en moyenne de 112 $, soit 33 % de leurs dépenses. Ce montant est à comparer à leur situation antérieure où ils avaient à défrayer toutes leurs dépenses.

Pour les prestataires d'assistance-emploi et les personnes âgées, par rapport à la situation antérieure, le régime général a entraîné une hausse de leurs contributions ou en a introduit une au moment de l'exécution d'une ordonnance.

Le tableau 8 présente la contribution moyenne des usagers en prenant ici l'année 1995 comme base de comparaison, l'année 1996 ayant été une année de transition entre les deux régimes.

Pour les prestataires d'assistance-emploi, la contribution était de 81 $ en 1998 pour les adultes participants. En 1999, la situation sera différente, les prestataires d'assistance-emploi présentant des contraintes sévères à l'emploi étant exonérés de contribution depuis le 1er octobre.

En 1998, pour l'ensemble des personnes âgées participantes, le régime a introduit une contribution moyenne de 240 $, ce qui représentait près de 26 % de leurs achats. Les montants précédents ne tiennent pas compte de la prime qui est versée lors de la déclaration de revenus.

Tableau 8

CONTRIBUTION MOYENNE DES USAGERS PAR PERSONNE PARTICIPANTE EN $ ET EN POURCENTAGE DE LEURS DÉPENSES DE MÉDICAMENTS

CLIENTÈLES	1995[2]		1998	
	Contribution moyenne	En pourcentage des dépenses de médicaments	Montant moyen	En pourcentage des dépenses de médicaments
Prestataires d'assistance-emploi (adultes*)	0	0 %	81 $	13 %
Ensemble des personnes âgées	49 $	6 %	240 $	26 %

* Les prestataires d'assistance-emploi présentant des contraintes sévères à l'emploi sont exonérés de contribution depuis le 1er octobre 1999.

2 En 1995, la contribution des usagers prenait la forme d'une contribution de 2 $ par ordonnance pour les personnes âgées, sauf celles recevant le supplément de revenu garanti maximal.

Il n'est pas possible d'associer le montant des contributions avec le revenu des personnes, les fichiers du ministère du Revenu et de la Régie de l'assurance maladie étant soumis à des règles strictes de confidentialité et utilisant des concepts différents (ménages plutôt qu'individus). On peut toutefois utiliser les données de Statistique Canada pour 1997. D'après ces données, le revenu moyen d'un couple, où l'un des membres est une personne de 65 ans ou plus, est de 41 900 $ au Québec. En supposant une contribution moyenne pour les deux membres du couple, leur effort serait d'environ 480 $, soit 1,1 % de leurs revenus.

2.2 LE FONCTIONNEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL

2.2.1 La gestion du régime

Beaucoup d'efforts ont été faits, notamment par la Régie de l'assurance maladie du Québec et par les assureurs privés, pour que le régime général fonctionne le mieux possible. De l'avis des assureurs privés, le partage public-privé fonctionne bien, malgré le fait qu'ils déplorent le non ajustement de la prime du régime public aux coûts annuels réels. Dès la fin de 1997, une table d'échanges et de concertation a été créée avec les assureurs en vue de faciliter la gestion du régime général. Tel que prévu dans la loi, les assureurs ont également mis en place un plan de mutualisation des risques afin d'éviter que les petits groupes d'assurés, qui présentent un risque élevé, subissent une trop forte hausse de leurs primes.

a) Le comité MSSS - Assureurs privés - Régie de l'assurance maladie du Québec

Le comité regroupe autour d'une même table des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP) et du Regroupement des assureurs de personnes à charte du Québec (RACQ), ainsi que de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Compte tenu des objectifs poursuivis par le gouvernement et dans la perspective de la révision de la loi, le comité a eu comme mandat de :

- favoriser le partage des préoccupations et des expériences respectives liées au régime général ;

- s'assurer de la mise en œuvre de moyens permettant d'améliorer le régime et son fonctionnement ;

- promouvoir la collaboration entre assureurs en vue d'un suivi adéquat de l'évolution du régime.

Au cours de la dernière année, les assureurs ont amorcé une réflexion sur les problématiques qui leur ont été soumises et sur les améliorations susceptibles d'être apportées.

b) La Société de compensation en assurance médicaments du Québec

En vertu des dispositions de l'article 43 de la Loi sur l'assurance-médicaments, les assureurs et les administrateurs de régimes d'avantages sociaux doivent préparer et appliquer des modalités de mise en commun des risques pour les garanties de paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments. Ces modalités doivent être présentées à la ministre de la Santé et des Services sociaux au plus tard le 1er novembre de chaque année.

La mutualisation des risques a pour objectif d'éviter que les assurés des régimes privés n'aient à subir des augmentations de prime trop fortes d'une année à l'autre, ce qui pourrait mettre en danger l'existence de la protection offerte. Elle répartit l'effet des mauvais risques sur une population plus élargie. Rappelons que les couvertures qui sont assumées par la Régie de l'assurance maladie du Québec ne sont pas intégrées aux modalités de mutualisation des risques applicables aux régimes privés.

De façon à assurer la gestion du processus de mise en commun des risques et, plus particulièrement, des mécanismes de compensation monétaire qui en découlent, les assureurs et les administrateurs de régimes d'avantages sociaux ont mis sur pied à l'été 1997 un organisme à but non lucratif, la Société de compensation en assurance médicaments du Québec. Les objectifs de la Société sont :

- d'administrer les modalités de mutualisation des risques ;

- de désigner un administrateur indépendant qui aura pour fonction de recevoir les réclamations des assureurs et administrateurs en excédant des seuils fixés, d'établir les cotisations à payer, de rembourser les réclamations précitées et de faire un rapport sur ses activités à la Société de compensation;

- d'assurer la révision des modalités du processus et leur présentation annuelle à la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Tous les acteurs de l'industrie sont unanimes pour appliquer les modalités retenues, ce qui a permis d'assurer le bon fonctionnement du régime général et d'atteindre les objectifs fixés par la Société de compensation pour les exercices 1997 et 1998. L'expérience enregistrée pour ces deux exercices montre la capacité de l'industrie privée à assumer les obligations créées par la loi en matière de mutualisation des risques.

2.2.2 Des aspects à surveiller dans le partage public-privé

L'analyse de l'application du Régime général d'assurance médicaments a permis, dès le début, d'identifier des zones plus critiques qui doivent être surveillées, dans le but d'assurer un équilibre à plus long terme entre les parties publique et privée du régime.

a) Deux logiques de primes

Le financement des régimes privés est obtenu en partie par les primes qui sont indexées en fonction du coût réel des produits ou des services remboursés aux assurés. L'expérience d'un groupe détermine le niveau des primes. À titre d'exemple, la consommation de médicaments augmente à partir de 50 ans, ce qui explique que des groupes dont la moyenne d'âge est élevée paieront plus cher pour la protection dont ils ont besoin.

Bien qu'une logique d'assurance ait été introduite dans le régime public par la participation des assurés au coût des médicaments qu'ils consomment, le gouvernement a choisi d'établir une prime communautaire non reliée au niveau de risques présents chez les individus.

Le gouvernement a également choisi de maintenir des mesures d'assistance à l'intention des personnes démunies ou à faible revenu. Ces personnes ne paient pas le plein montant des garanties qui leur sont offertes. Ainsi, une part importante des dépenses de médicaments pour les prestataires d'assistance-emploi et les personnes âgées de 65 ans ou plus continue d'être assumée par le gouvernement, à partir du Fonds consolidé. Une aide au paiement de la prime est accordée, entre autres, aux travailleurs à faible revenu assurés par le régime public. À revenu égal, les personnes assurées auprès du secteur privé ne peuvent pas bénéficier d'une telle mesure.

L'attrait du régime public, en particulier pour les personnes qui consomment beaucoup, les familles à faibles revenus et les familles avec enfants, constitue une préoccupation importante pour le secteur privé de l'assurance et pourrait conduire à l'abandon de régimes ainsi qu'au transfert de clientèles à risque vers le régime public.

Cela s'est-il produit ? Il est parfois évoqué que de nombreux contrats d'assurance collective offerts aux préretraités et aux retraités avant l'âge de 65 ans ont été abandonnés et que ces assurés se sont retrouvés sur le régime public d'assurance médicaments.

Ce phénomène est difficile à cerner en raison des modalités d'inscription au régime public d'assurance médicaments. Lors de l'inscription des nouveaux adhérents, il ne leur est pas demandé s'ils disposaient d'une couverture privée qui a été récemment abandonnée par le groupe.

Néanmoins, une analyse sommaire de l'évolution de la clientèle des adhérents montre, au tableau 9, que, pour les exercices 1997 et 1998, les entrées nettes[3] au régime public se répartissent assez uniformément entre 30 et 59 ans. Il demeure donc difficile, avec les données disponibles, de confirmer ou d'infirmer un mouvement d'abandon de régimes collectifs d'assurance chez les préretraités et les retraités de moins de 65 ans, bien qu'on remarque que près de 25 % de toutes les entrées nettes au régime public pour les deux années se situaient entre 50 et 63 ans. Ces groupes d'âge constituaient justement une des clientèles les moins bien protégées avant 1997.

3 Les entrées représentent les adhérents qui s'inscrivent au régime public et qui n'étaient pas auparavant des prestataires d'assistance-emploi. Les entrées nettes au régime public sont obtenues en soustrayant des entrées les adhérents qui ont quitté pour adhérer à un régime privé (sorties).

Tableau 9

RÉPARTITION DES ENTRÉES NETTES DES ADHÉRENTS AU RÉGIME PUBLIC POUR LES ANNÉES 1997 ET 1998

	Entrées		Sorties		Entrées nettes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0-16 ans	98 923	26,3 %	34 000	20,8 %	64 923	30,5 %
17 ans	1 069	0,3 %	1 560	1,0 %	-491	-0,2 %
18 ans	7 828	2,1 %	20 035	12,3 %	-12 207	-5,7 %
19-24 ans	50 343	13,4%	20 481	12,5 %	29 862	14,0 %
25 ans	7 210	1,9 %	4 065	2,5 %	3 145	1,5 %
26-29 ans	27 194	7,2 %	16 233	9,9 %	10 961	5,2 %
30-34 ans	33 048	8,8 %	15 254	9,3 %	17 794	8,4 %
35-39 ans	30 684	8,2 %	14 000	8,6 %	16 684	7,8 %
40-44 ans	26 133	6,9 %	11 528	7,0 %	14 605	6,9 %
45-49 ans	22 279	5,9 %	9 031	5,5 %	13 248	6,2 %
50-54 ans	26 736	7,1 %	7 797	4,8 %	18 939	8,9 %
55-59 ans	25 508	6,8 %	5 386	3,3 %	20 122	9,5 %
60-63 ans	18 447	4,9 %	3 369	2,1 %	15 078	7,1 %
64 ans	937	0,2 %	661	0,4 %	276	0,1 %
65 ans	0	0,0 %	141	0,1 %	-141	-0,1 %
Total	376 339	100,0 %	163 541	100,0 %	212 798	100,0 %

Par ailleurs, on constate que les adhérents âgés entre 18 et 24 ans connaissent des entrées et des sorties élevées. La raison de ces mouvements est liée en partie à des règles administratives du régime qui obligent les adhérents à quitter et à se réinscrire lorsqu'un changement de statut survient. Dans ce cas-ci, il s'agit probablement de personnes qui cessent d'être étudiants à temps plein, sont en recherche d'emploi (et s'inscrivent donc à la Régie de l'assurance maladie du Québec) ou trouvent un emploi (et adhèrent ainsi à un régime privé).

b) Un système de prix différents

La Régie de l'assurance maladie du Québec rembourse le pharmacien en fonction du prix de vente garanti apparaissant à la liste et de la marge bénéficiaire du grossiste lorsque applicable. À ces montants s'ajoutent les honoraires professionnels négociés entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP). Les sommes réclamées aux assurés du régime public varient très peu d'une pharmacie à l'autre.

Bien que les régimes privés doivent à tout le moins couvrir les médicaments de la liste et appliquer les critères d'exception au remboursement de certains médicaments, ils ne sont pas assujettis à la méthode de fixation des prix utilisée dans le régime public. Ils remboursent le prix du marché, lequel renferme les honoraires usuels et coutumiers du pharmacien, ce qui explique les variations dans les montants déboursés par les personnes assurées par les régimes privés.

À première vue, ces particularités rendent le contrôle des coûts moins évident dans les régimes privés. Les assureurs ne peuvent pas intervenir par eux-mêmes au niveau du contrôle des prix et des honoraires. Comme exemple, ils n'ont pas le droit de limiter les remboursements au coût des médicaments génériques. Les initiatives de contrôle de coûts reposent donc presque entièrement sur le gouvernement.

c) Un régime public perçu comme plus attrayant

Dès la mise en place du régime général, la portion publique du régime a été perçue comme plus attrayante pour plusieurs personnes obligées de s'assurer auprès du secteur privé. Les raisons suivantes ont été mentionnées:

- La prime annuelle maximale d'une personne qui a la possibilité de s'assurer, sur une base individuelle, à la Régie de l'assurance maladie du Québec, est de 175 $. La

prime est plus élevée dans le privé, bien qu'elle couvre plus que l'assurance médicaments. Il peut en coûter de 400 $ pour un plan individuel à 1 000 $ ou plus pour un plan familial, selon les protections qui sont offertes.

- Une exemption, partielle ou totale, de la prime est applicable aux personnes à faible revenu assurées par le régime public. Cette forme d'aide n'existe pas dans le cas des personnes assurées par les régimes privés (travailleurs occasionnels, saisonniers). Certains ont un revenu à peine supérieur aux prestataires d'assistance-emploi.

- La gratuité est accordée aux enfants dont les parents sont assurés à la Régie de l'assurance maladie, ce qui n'est pas le cas pour les assurés du secteur privé.

- Le régime public offre un étalement mensuel des contributions, ce qui n'est pas possible dans le secteur privé.

- Le régime public dispose d'un système interactif de transmissions des réclamations, ce qui permet aux personnes assurées de payer seulement la franchise et la coassurance prévues au moment de l'achat du médicament. Plusieurs personnes assurées par les régimes privés ne peuvent bénéficier d'un tel système et sont obligées de payer le montant total, pour ensuite réclamer un remboursement à l'assureur.

- Une taxe de vente s'applique sur les produits d'assurance privée, ce qui en augmente le coût.

Ces écarts méritent d'être suivis en raison des répercussions possibles sur l'équilibre des régimes à moyen et long terme.

d) Une croissance importante du coût des primes dans les régimes collectifs

Une augmentation importante des primes a été notée dans plusieurs régimes collectifs et ceci, malgré le processus de mutualisation prévu à la loi. Les cas coûteux (sida, sclérose en plaques, etc.) affectent les groupes de façon importante.

2.2.3 Des problèmes liés à la mise en place du Régime général d'assurance médicaments

Au-delà des aspects à surveiller, des problèmes de tous ordres ont été soulevés par différents groupes à l'égard du fonctionnement du régime général. Une recension des principaux motifs de plaintes enregistrées au cours des deux dernières années d'application du régime général a permis de les cerner[4]. Cet inventaire permet de dresser un portrait des difficultés non résolues susceptibles de porter préjudice à la clientèle.

a) La capacité de payer et l'équité des niveaux de contribution

- Situation des personnes à faible revenu

Les personnes qui bénéficient d'une rente d'invalidité et les personnes sans emploi non admissibles à la sécurité du revenu à cause d'un faible revenu du conjoint contribuent, dans certains cas, de façon importante au coût de leurs médicaments. Ces personnes ont un revenu souvent à peine supérieur aux prestataires d'assistance-emploi, mais en proportion, leur contribution est beaucoup plus élevée.

---

4 Les sources d'information consultées sont les suivantes : le Commissaire aux plaintes de la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes et le Regroupement des assureurs de personnes à charte du Québec, le Bureau du Protecteur du citoyen, le rapport annuel des régies régionales 1997-1998. Des lettres de citoyens acheminées à la ministre ont également été considérées lors de l'inventaire.

À titre d'exemple, prenons la situation de deux individus. Le premier reçoit un revenu de 7 584 $ des prestations de la sécurité sociale. Sa contribution peut atteindre au plus 200 $ annuellement, soit 2,6 % de son revenu. Le second reçoit une rente d'invalidité de 10 850 $ et il ne peut travailler. Sa contribution individuelle pourra atteindre 750 $, soit 6,9 % de son revenu.

Des travailleurs recevant un revenu à peine supérieur aux revenus des prestataires d'assistance-emploi peuvent également être obligés d'adhérer à un régime collectif . Ces personnes peuvent avoir à assumer un plafond de 750 $ et aucune exemption pour la prime n'est applicable dans ces cas.

- Situation des prestataires d'assistance-emploi et des personnes âgées

Divers groupes continuent de dénoncer les contributions demandées aux clientèles traditionnelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec qui bénéficiaient auparavant de la gratuité ou de la quasi gratuité des médicaments. La situation représenterait un frein à l'accessibilité et contribuerait à l'appauvrissement des personnes. Cette question a été abordée dans la section traitant des impacts du régime sur les clientèles.

Le gouvernement a modifié la loi pour corriger cette situation en faisant passer la période de calcul des contributions de trimestrielle à mensuelle. C'est ainsi que depuis le 1er juillet 1997, la contrainte de liquidité s'est beaucoup atténuée pour la plupart des personnes touchées. Le coût de cette mesure est estimé à 35 M$ sur une base annuelle. Enfin, depuis le 1er octobre 1999, les prestataires d'assistance-emploi présentant des contraintes sévères à l'emploi sont exemptés de toute contribution. Le coût de cette nouvelle mesure est évalué à environ 27,0 M$.

b) Les problèmes liés à la Liste des médicaments assurés

- Le coût des médicaments non listés

La couverture offerte par le régime est questionnée à l'occasion lorsque des médicaments jugés essentiels par le médecin traitant ne sont pas inscrits à la Liste des médicaments. Il peut s'agir de nouveaux produits non listés, de médicaments non admissibles dans le cadre du programme « patient d'exception »[5] ou de médicaments « orphelins »[6], etc. Dans ces cas, la personne doit assurer la totalité de la dépense. Cette situation est d'autant plus significative que la personne a un faible revenu.

- Le programme « patient d'exception »

Une autre préoccupation a été soulevée concernant les demandes d'autorisation pour accéder au programme « patient d'exception ». La procédure relative à cette mesure exige que des demandes d'autorisation soient remplies par le médecin et transmises à la Régie de l'assurance maladie du Québec. La collaboration du médecin n'est pas automatique. D'une part, pour des malades chroniques, le renouvellement de demandes d'autorisation au moment de l'échéance est contraignant autant pour les patients que pour les médecins. D'autre part, les personnes assurées par le secteur privé n'ont pas accès à ce programme et la décision de couverture d'un produit non listé est prise par chaque gestionnaire de régime.

---

5 Ce programme existe au Québec depuis 1982. Le paiement d'un médicament non inscrit à la Liste des médicaments peut être autorisé pour une personne assurée auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec, lorsque la nature et la gravité de sa maladie de même que le coût de sa thérapie médicamenteuse lui imposent un fardeau financier difficilement acceptable. À la limite, il s'agit d'une personne qui nécessiterait une admission dans un établissement de santé si le médicament en question ne lui était pas fourni.

6 Cette définition s'applique à différents produits qui ne sont pas commercialisés au Canada. Dans certains cas, ces produits sont connus et servent au traitement de maladies rares.

c) Les problèmes particuliers résultant du mode de gestion des régimes

- L'obligation d'adhésion à l'ensemble des protections offertes par un régime privé, tant pour le conjoint que les personnes à charge. La couverture est coûteuse pour plusieurs.

La personne qui a accès à un régime collectif d'assurances en raison de son emploi a l'obligation d'en faire bénéficier son conjoint et ses enfants et l'obligation de souscrire à l'ensemble des protections offertes dans le cadre de ce régime. D'une part, la Loi sur l'assurance-médicaments oblige ces personnes à détenir une couverture pour les médicaments. D'autre part, le produit d'assurance médicaments est rarement offert seul, ce qui peut faire doubler ou tripler la prime. De plus, le conjoint et les enfants à charge représentent une clientèle captive qui ne peut opter pour l'assureur de son choix.

- La situation des retraités de moins de 65 ans obligés de participer à un régime collectif et qui défraient eux-mêmes la totalité de la prime. La couverture est coûteuse parce que le risque est estimé en fonction de l'âge.

Au moment de l'adoption de la loi, il a été décidé de permettre aux retraités de **plus** de 65 ans d'opter pour le régime de leur choix. Pour leur part, les retraités de **moins** de 65 ans sont obligés de participer au régime collectif offert par l'employeur pour ces retraités en raison de leur lien d'emploi passé. Dans ce cas, la prime est beaucoup plus élevée parce qu'elle est calculée à partir de l'expérience du groupe et du risque estimé pour ce groupe d'âge. La prime est encore plus coûteuse lorsque le jeune retraité est obligé d'assurer son conjoint et ses enfants.

- L'obligation d'adhésion à un régime privé pour les personnes sur une liste de rappel (employés saisonniers, chômeurs, étudiants, etc.)

Une personne inscrite sur une liste de rappel est habituellement obligée d'adhérer au régime collectif de l'employeur et d'assumer seule les coûts de la prime correspondant au maintien des protections offertes. Des cas ont été notés dans les secteurs public et parapublic, alors que de nombreux employés saisonniers ou occasionnels doivent payer eux-mêmes leur prime, sans possibilité d'aide par l'État. Le coût est très important pour la plupart d'entre eux. Par ailleurs, la gestion de ces cas est lourde pour l'employeur, notamment parce que la prime ne peut pas être prélevée sur le salaire de l'employé.

- L'appréhension des personnes malades quant au bris possible de confidentialité

Malgré l'intervention de la Commission d'accès à l'information du Québec, à l'automne 1998, la mise en place du régime a mis en évidence la possibilité qui existait de bris de confidentialité du dossier médical et des données cliniques, dans le cas où l'employé envoie ses factures de médicaments directement à l'employeur ou au syndicat. La crainte de perdre son emploi est toujours présente chez les personnes atteintes d'une maladie chronique nécessitant des médicaments coûteux et qui sont susceptibles d'occasionner des dépenses futures importantes pour l'employeur, pour des prestations d'assurance salaire ou d'assurance vie.

- L'absence de continuité de la couverture entre les régimes privés ou entre le régime public et les régimes privés

L'absence de passerelle entre les différents régimes a été notée dès les premiers mois d'application du régime général. À titre d'exemple, une personne peut avoir à débourser deux fois le montant de 750 $ lorsqu'elle change d'emploi ou d'assureur au cours d'une même année. Également, une personne peut devoir s'assurer auprès de la Régie de

l'assurance maladie ou bien participer au régime collectif du conjoint pour une période d'un mois par exemple, à cause d'un délai de carence, pour ensuite être à nouveau admissible au régime offert dans le cadre de son nouveau poste. À chaque fois, le compteur est remis à zéro, ce qui pénalise les personnes qui consomment plusieurs médicaments ou des médicaments coûteux.

- L'absence de couverture lors d'un séjour hors Québec pour les assurés du régime public

En règle générale, la personne qui déménage dans une autre province cesse d'être couverte par le régime québécois et les conditions s'appliquant dans la province d'adoption prévalent.

Cependant, les personnes qui s'absentent temporairement du Québec pour séjourner de quelques jours à quelques semaines dans la province voisine, par exemple, ne peuvent réclamer à la Régie de l'assurance maladie les médicaments qu'ils ont dû acheter à ce moment. Cette situation est couverte par les régimes privés.

- Les contournements administratifs dans le régime public

Chaque année, quelques milliers de Québécoises et Québécois partent à l'extérieur du Québec pour des séjours supérieurs à 30 jours. Comme les médicaments sont nécessaires à un certain nombre d'entre eux, ceux-ci réclament de leur médecin des ordonnances pour une durée de traitement équivalente à leur séjour à l'extérieur du Québec. La contribution sous forme de franchise et de coassurance qui est alors exigée est déterminée à l'aide des paramètres mensuels normalement applicables. Ils n'ont pas à défrayer le coût de la franchise des mois suivants et même, dans certains cas, le plafond de leurs contributions est atteint de sorte que le régime assume la différence.

Un bénéficiaire qui se présente dans une pharmacie communautaire a la possibilité de renouveler son ordonnance quelques jours avant ou après la fin de la durée de son traitement. En procédant de cette manière, il peut effectuer deux renouvellements dans le même mois et ne pas en faire le mois suivant, et ainsi de suite à tous les deux mois. Le bénéficiaire s'évite du coup le paiement de sa franchise (puisqu'il a déjà déboursé au début du mois) et n'a qu'une coassurance de 25 % à payer.

- Le changement de statut d'une personne de 65 ans ou plus en raison d'un faible revenu additionnel

En raison d'un maigre revenu de la Régie des rentes du Québec ou d'autres sources, une personne âgée de 65 ans ou plus change de catégorie de bénéficiaire et le plafond annuel de dépenses de médicaments est établi à 500 $ plutôt qu'à 200 $. Ces personnes doivent alors commencer à payer une partie de la prime qui est exigée. Aussi, en raison d'un maigre revenu additionnel, une personne qui reçoit le supplément de revenu garanti peut passer à un supplément partiel et ainsi changer de plafond. La personne qui reçoit un supplément partiel peut, elle aussi, être transférée à la pension de la sécurité de la vieillesse. Cette situation affecterait entre 10 000 et 20 000 personnes.

Le tableau 10 résume l'ensemble des problèmes qui ont été soulevés.

Tableau 10

PROBLÈMES LIÉS À LA MISE EN PLACE DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS
a) La capacité de payer et l'équité des niveaux de contribution La situation des personnes à faible revenu (bénéficiaire d'une rente d'invalidité, personne sans emploi) et celle des travailleurs à faible revenu qui, en proportion, contribuent de façon importante au coût de leurs médicaments. La situation des prestataires d'assistance-emploi et des personnes âgées pour lesquels une contribution peut représenter un frein à l'accessibilité.
b) Les problèmes liés à la Liste des médicaments assurés Le coût des médicaments non listés mais essentiels devant être défrayés en totalité par certaines personnes. Les modalités d'application difficiles du programme « patient d'exception ».
C) Les problèmes particuliers résultant du mode de gestion des régimes L'obligation d'adhésion à l'ensemble des protections offertes par un régime privé, tant pour le conjoint que pour les personnes à charge. La couverture est coûteuse. La situation des retraités de moins de 65 ans obligés d'adhérer à un régime collectif, dont la couverture est coûteuse parce que le risque estimé est fonction de l'âge. L'obligation d'adhésion à un régime privé pour les personnes sur une liste de rappel (employés saisonniers, chômeurs, étudiants, etc.). La couverture est coûteuse. L'appréhension des personnes malades quant au bris possible de confidentialité, principalement lorsque des factures de médicaments sont transmises directement à l'employeur ou au syndicat qui gère le régime. L'absence de continuité de la couverture entre les régimes privés ou entre le régime public et les régimes privés, ce qui oblige certaines personnes à payer plus que le plafond de 750 $ prévu sur une base annuelle. L'absence de couverture lors d'un séjour hors Québec pour les assurés du régime public. Les contournements administratifs dans le régime public, soit les personnes qui obtiennent leur médicaments sans assumer la totalité de la contribution prévue sur une base mensuelle, ce qui occasionne des coûts pour le régime. Le changement de statut d'une personne de 65 ans ou plus en raison d'un faible revenu additionnel.

2.3 L'évolution des coûts

Un volet du régime sur lequel il importera de se donner des perspectives pour les années à venir est celui de l'évolution des coûts et de leur financement. D'entrée de jeu, il faut dès maintenant préciser que l'on a observé, en 1997 et en 1998, une augmentation des coûts globaux de plus de 15 % par année en raison à la fois de l'augmentation du nombre de personnes qui se sont prévalues du régime, et du coût des traitements médicamenteux.

Cette augmentation est certes majeure. Elle n'est cependant pas particulière au régime public québécois car, tel qu'il sera possible de le constater, on retrouve des augmentations tout aussi importantes dans d'autres provinces ou pays. En même temps, il importe de souligner que les coûts reliés à l'utilisation de médicaments au Québec demeurent comparables à ceux observés ailleurs, que ce soit au Canada ou sur la scène internationale.

L'augmentation des coûts prend sa source dans une dynamique de développement de la thérapie médicamenteuse. En rendant accessibles à la fois des médicaments plus efficaces et de nouveaux traitements, il en résulte un effet de levier sur la croissance des coûts de cette composante des dépenses de santé. Trois exemples permettront d'en illustrer les impacts.

C'est ce contexte d'ensemble qu'il faudra avoir à l'esprit lorsqu'il faudra aborder les pressions qui s'exercent sur le financement du régime.

2.3.1 L'évolution des coûts du régime public d'assurance médicaments depuis 1997

De 1997 à 1999, les coûts[7] bruts de l'ensemble du régime public d'assurance médicaments, incluant les contributions reliées à la consommation, sont passés de 1 119 M$ à 1 485 M$, soit une augmentation moyenne de 15,2 % par année, comme l'indique le tableau 11. On peut détailler cette augmentation en distinguant l'augmentation du nombre de participants (2,2 %) et l'augmentation du coût par participant (12,7 %). L'augmentation du coût par participant se décompose elle-même en une augmentation du nombre de prescriptions par participant (8,0 %) et une augmentation du coût par prescription (4,3 %).

Tableau 11

ÉVOLUTION DU COÛT BRUT DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS (ENSEMBLE DES CLIENTÈLES)			
	1997	**1999 (projection[8])**	**Variation annuelle moyenne**
Nombre de participants[9]	2 289 339	2 393 000	2,2 %
Coût par participant	489 $	621 $	12,7 %
- Nombre de prescriptions par participant	19,8	23,1	8,0 %
- Coût par prescription	24,70 $	26,90 $	4,3 %
Coût total	1 119 M$	1 485 M$	15,2 %

Tel que le fait ressortir le tableau 12 qui suit, si l'on distingue la clientèle que constituent les adhérents de celle des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi, on constate des augmentations forts différentes au titre de l'évolution du nombre de personnes qui se sont prévalues du régime.

---

7 Sauf lorsqu'indiqué, les coûts mentionnés dans cette section sont les coûts bruts, incluant les contributions des usagers et les honoraires, et sont arrondis au million près.
8 Projection fondée sur les données réelles de janvier à septembre 1999.
9 Il s'agit du nombre de personnes ayant utilisé le régime durant l'année.

Tableau 12

ÉVOLUTION DES COÛTS DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS			
	1997	**1999 (projection)**	**Variation annuelle moyenne**
PERSONNES ÂGÉES ET PRESTATAIRES D'ASSISTANCE-EMPLOI			
Nombre de participants	1 330 385	1 297 000	-1,3 %
Coût par participant	661 $	865 $	14,4 %
- Nombre de prescriptions par participant	26,9	32,6	10,1 %
- Coût par prescription	24,59 $	26,54 $	3,9 %
Coût total[10]	879 M$	1 122 M$	13,0 %
ADHÉRENTS			
Nombre de participants	958 954	1 096 000	6,9 %
Coût par participant	250 $	330 $	14,9 %
- Nombre de prescriptions par participant	9,9	11,8	9,1%
- Coût par prescription	25,13 $	28,07 $	5,7 %
Coût total	239 M$	362 M$	23,0 %

En effet, alors que le nombre de personnes âgées et de prestataires d'assistance-emploi diminuait légèrement de –1,3 %, celui des adhérents augmentait de 6,9 % par année.

En excluant l'effet des variations du nombre de participants, on constate que les coûts par utilisateur ont augmenté respectivement de 14,4 % chez les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi et de 14,9 % chez les adhérents. Même si les pourcentages d'augmentation du coût par utilisateur se rapprochent, le coût absolu est fort différent pour les adhérents (330 $ en 1999), comparativement aux personnes âgées et aux prestataires d'assistance-emploi (865 $). Rappelons que les besoins de médicaments des personnes âgées et ceux des prestataires d'assistance-emploi, dont un bon nombre ont des contraintes sévères consécutives à leur état de santé, sont nettement plus importants que ceux des adhérents.

10 Ces coûts excluent les frais d'administration du régime.

On peut détailler cette augmentation en distinguant celle découlant de l'évolution du nombre de prescriptions et celle conséquente à la hausse du coût par prescription. Sur ce plan, il faut remarquer une augmentation plus rapide du nombre de prescriptions dans la clientèle des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi, alors que c'est la situation opposée qui se présente pour l'évolution du coût par prescription.

Par ailleurs, comme il n'y a pas eu, en 1998 et 1999, de relèvement du prix des médicaments ou des honoraires, il faut considérer que toute l'augmentation du coût par prescription serait due aux transferts thérapeutiques. En effet, deux phénomènes jouent. Premièrement, parmi les médicaments déjà inscrits, il y a continuellement un déplacement vers des médicaments plus récents et habituellement plus coûteux. Deuxièmement, il y a l'inscription et l'utilisation de nouveaux médicaments, eux aussi généralement plus dispendieux que ceux existants. Le tout entraîne une augmentation du coût moyen des prescriptions.

Il n'y a pas de données historiques spécifiques sur l'évolution des coûts reliés à la clientèle des adhérents qui permettraient d'évaluer si la croissance des coûts a été plus rapide en 1998 et en 1999, que pendant les années antérieures. Toutefois, pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi, il est possible de constater que l'augmentation des coûts est plus forte qu'auparavant.

2.3.2 La comparaison historique 1988-1999 pour les prestataires d'assistance-emploi et les personnes âgées

Pour ces deux clientèles, il est possible de comparer l'expérience du régime depuis les modifications de 1997 avec celle des années antérieures. Or, on constate, au tableau 13, que les coûts totaux ont augmenté de 13,0 % en 1998 et en 1999 , soit 3 % de plus que la moyenne observée depuis 1988 dans ce programme. En même temps, l'évolution de la clientèle est passée d'une augmentation annuelle moyenne de 2,5 %, entre 1988-1998, à une diminution annuelle moyenne de –1,3 %, entre 1998-1999, ce qui représente un écart de 3,8 points de pourcentage.

Tableau 13

PROGRAMME DE MÉDICAMENTS POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET LES PRESTATAIRES D'ASSISTANCE-EMPLOI
COMPARAISON DE L'ÉVOLUTION HISTORIQUE AVEC LA VARIATION ANNUELLE MOYENNE 1998 ET 1999

	Variation historique (1988-1998)	Variation annuelle moyenne 1998 et 1999	Écart
Augmentation des volumes	4,5 %	8,8 %	4,3 %
- Nombre de participants	2,5 %	-1,3 %	-3,8 %
- Nombre de prescriptions par participant	2,0 %	10,1 %	8,1 %
Augmentation du coût par prescription	5,3 %	3,9 %	-1,4 %
- Inflation	2,5 %	Nil[11]	-2,5 %
- Excédant à l'inflation	2,7 %	3,9 %	1,2 %
Augmentation totale	10,0 %	13,0 %	3,0 %

Le ralentissement du taux d'augmentation du nombre de participants aux programmes pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi s'explique en bonne

11 Aucun effet de l'inflation ne s'applique aux années 1998 et 1999 compte tenu que les honoraires des pharmaciens et que les prix des médicaments ont été stables.

partie par une diminution de la clientèle des prestataires d'assistance-emploi. Il faut noter un autre changement dans les tendances historiques, soit la progression du nombre de prescriptions par participant qui est passée, sur une base annuelle, de 2,0 % entre 1988 et 1998, à 10,1 % pour les deux dernières années. Le taux annuel moyen de 2,0 % repose toutefois sur des variations annuelles importantes, allant par exemple de – 4,4 % à 11,2 % pour les prestataires d'assistance-emploi; ces variations coïncident avec certains changements dans les paramètres de contribution (exemple : introduction du 2 $ par ordonnance).

2.3.3 Les comparaisons avec les régimes privés au Québec, avec les autres provinces et les autres pays

Le pourcentage de 15 % de croissance du coût du régime public d'assurance médicaments, de même que l'accélération par rapport aux années antérieures de la croissance du programme pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi, permettent de s'interroger si ce phénomène est particulier au Québec.

a) Comparaison avec les régimes privés

Des données partielles sur les coûts des régimes privés au Québec indiquent une augmentation moyenne de 14 % pour les deux dernières années disponibles, soit la période de 1996-1998. Quant au coût moyen d'une prescription en 1998, il demeure inférieur dans le régime public, soit 25,97 $ comparativement à 28,35 $ dans les régimes privés.

b) Comparaison interprovinciale

La hausse de 15,2 % du coût de l'assurance médicaments observée au Québec en 1998 et en 1999 paraît globalement comparable à celle observée ailleurs au Canada. Les données obtenues d'autres provinces indiquent que les coûts en 1998-1999 de leur régime d'assurance médicaments évoluent également à des rythmes élevés, soit 11 % en

Ontario, 16 % en Colombie–Britannique et 17 % en Saskatchewan. Il existe des différences importantes dans la couverture et le fonctionnement de ces régimes. Tout comme le Québec en 1996 et 1997, plusieurs provinces ont effectué des changements dans leurs programmes de médicaments qui font en sorte qu'il devient plus difficile de faire des comparaisons dans des contextes comparables.

Notons aussi que du côté américain, la croissance de la dépense totale en médicaments a été globalement de 14,2 % en 1997, soit un taux du même ordre de grandeur que celui de 15,2 % observé dans le régime d'assurance médicaments. Toutes les juridictions semblent avoir subi en même temps une accélération de la croissance des dépenses en médicaments.

Par ailleurs, si l'on recherche un indicateur plus systématique pour comparer les coûts de l'assurance médicaments au Québec, le seul qui soit disponible est la dépense *per capita* en médicaments, prescrits et non prescrits. Bien qu'il soit imparfait (étant la résultante de l'impact de multiples facteurs), l'analyse, dans une perspective comparative, de son niveau et de son évolution est susceptible de fournir un éclairage sur ces coûts.

Sur le plan interprovincial, comme l'indique le tableau 14, la dépense *per capita* en médicaments (prescrits et non prescrits) au Québec était de 125 $ en 1985, soit la plus basse de toutes les provinces. Cette dépense était de 14 % inférieure à la moyenne canadienne (146 $).

En 1997, la dépense *per capita* (334 $) en médicaments (prescrits et non prescrits) était encore légèrement inférieure à la moyenne canadienne (341 $). Il faut mentionner que cette dépense n'est pas normalisée afin d'éliminer les variations dues aux différences dans les structures d'âge des populations des provinces.

Tableau 14

COMPARAISON INTERPROVINCIALE
ÉVOLUTION DES DÉPENSES *PER CAPITA* EN PRODUITS PHARMACEUTIQUES

	1985		1997		% annuel moyen d'augmentation
	Montant	Rang	Montant	Rang	
Terre-Neuve	219 $	9	340 $	7	3,7 %
Ile-du-P.-E.	255 $	10	400 $	10	3,8 %
Nouvelle-Écosse	166 $	7	358 $	8	6,6%
Nouv.-Brunswick	169 $	8	322 $	4	5,5%
Québec	**125 $**	**1**	**334 $**	**6**	**8,5 %**
Ontario	159 $	6	377 $	9	7,5 %
Manitoba	148 $	5	323 $	5	6,7 %
Saskatchewan	130 $	2	319 $	3	7,8 %
Alberta	133 $	3	298 $	2	7,0 %
Col.-Britannique	139 $	4	287 $	1	6,2 %
Canada	146 $		341 $		7,3 %

Note: Comprenant l'ensemble des dépenses en médicaments, prescrits et non prescrits.
Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ; Dépenses nationales de santé 1985-1998, novembre 1998.

c) Comparaison internationale (en $ américains)

Par ailleurs, et toujours avec les restrictions qu'impose l'interprétation d'un indicateur global tel celui de la dépense *per capita* en médicaments (prescrits et non prescrits), la dépense au Québec serait, en 1997, légèrement supérieure (287 $) à celle d'un groupe de onze pays occidentaux (283 $). Cette dépense, présentée au tableau 15, est cependant inférieure à celle du Canada (299 $) et des États-Unis (408 $).

Comme pour la comparaison de la dépense *per capita* au Canada, rappelons qu'elle porte également sur l'ensemble des dépenses en médicaments, incluant ceux non prescrits. En outre, les écarts constatés entre les pays reflètent à la fois des différences de structures d'âge de la population et des pratiques de traitements médicamenteux fort différentes de celles qui prévalent au Québec et au Canada.

Tableau 15

COMPARAISON INTERNATIONALE DES DÉPENSES *PER CAPITA* EN PRODUITS PHARMACEUTIQUES MONTANT AJUSTÉ DE L'INDICE DE PARITÉ DU POUVOIR D'ACHAT (EN $ US)

	1985		1997		% annuel moyen d'augmentation
	Montant	Rang	Montant	Rang	
Danemark	78 $	1	178 $	1	7,1 %
Nouv. Zélande	106 $	5	208 $	3	5,8 %
Pays-Bas	83 $	2	210 $	2	8,0 %
Royaume-Uni	94 $	3	236 $	4	8,0%
Québec	**97 $**	**4**	**287 $**	**5**	**9,5 %**
Allemagne	172 $	10	292 $	7	4,5 %
Canada	114 $	6	299 $	6	8,4 %
Italie	148 $	8	313 $	8	6,4 %
Belgique	140 $	7	325 $	9	7,3 %
France	176 $	11	352 $	10	5,9 %
États-Unis	150 $	9	408 $	11	8,7 %
Moyenne **incluant** les États-Unis	123 $		283 $		7,1 %
Moyenne **excluant** les États-Unis	121 $		270 $		6,9 %

Note: Comprenant l'ensemble des dépenses en médicaments, prescrits ou non.

Source : Éco-Santé sauf pour le Canada et le Québec où les données de l'ICIS ont été utilisées et ajustées en fonction de l'Indice de parité du pouvoir d'achat du Canada publié par Éco-Santé.

2.3.4 La dynamique de croissance des coûts et les développements de la thérapie médicamenteuse : quelques exemples

Pour illustrer la croissance des coûts de manière plus concrète, il est utile de fournir quelques exemples particuliers à l'utilisation de certains médicaments. Par rapport à l'année 1988, le tableau 16 montre que les coûts globaux du programme de médicaments pour les personnes âgées et pour les prestataires d'assistance-emploi ont augmenté de plus de 600 M$.

Tableau 16

PROGRAMME DE MÉDICAMENTS POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET LES PRESTATAIRES D'ASSISTANCE-EMPLOI ÉVOLUTION DES COÛTS DE 1988 À 1998			
	Participants	Coût par personne	Coûts totaux (Millions $)
1988	1 037 695	368 $	382 $
1998	1 325 588	745 $	988 $
Variation totale	287 893	377 $	606 $

La principale raison est l'augmentation du coût des traitements médicamenteux par personne qui a presque doublé sur dix ans alors que l'inflation (indice des prix à la consommation) était de 30 % pour l'ensemble de cette période. Cette augmentation est le résultat direct de l'utilisation de nouveaux médicaments qui sont souvent prescrits à vie.

Le premier exemple concerne les traitements pour les problèmes de santé cardiovasculaires. Pour la période 1988-1998, en excluant les honoraires, on peut calculer que 42 % de l'augmentation totale des coûts est reliée à des traitements pour le système cardiovasculaire. Cette augmentation est due notamment à l'accroissement du nombre de personnes consommant de tels médicaments à la suite d'une diffusion de nouvelles thérapies dans une large population. Ainsi, le nombre de personnes âgées et de prestataires d'assistance-emploi recevant un traitement pour le cholestérol est passé de

6 000 à 213 000. Il est peu probable que ce traitement soit interrompu, sauf pour être remplacé par un nouveau médicament qui sera probablement plus coûteux encore. En supposant qu'un traitement pour le cholestérol implique une ordonnance par mois, on peut calculer que pour ce seul traitement, il s'est rajouté près de 2,5 millions d'ordonnances.

Mentionnons qu'en même temps, on constatait une diminution importante des taux de décès reliés à ces maladies (tableau 17). On ne peut, certes, attribuer aux seuls médicaments cette diminution car de multiples autres facteurs (évolution des techniques chirurgicales, réduction du tabagisme, augmentation de l'exercice physique, etc.) y ont contribué, mais on peut parler d'un progrès certain.

Tableau 17

MORTALITÉ PAR MALADIE CARDIO-VASCULAIRE TAUX PAR 1000 HABITANTS			
	1987	**1997**	**Variation**
60 à 64 ans	,6	,3	-46,2 %
65 à 69 ans	1,4	,6	-58,1 %
70 à 74 ans	2,2	1,0	-54,4 %
75 à 79 ans	3,1	1,7	-44,3 %
80 à 84 ans	5,4	3,1	-42,5 %
85 ans et plus	10,3	6,6	-36,0 %
Ensemble de la population du Québec	,4	,2	-48,3 %

Un aspect majeur de cette évolution est que les décès par maladies cardio-vasculaires ont lieu à un âge plus tardif qu'auparavant. Alors qu'en 1987 il y avait quelque 3,1 décès par 1000 personnes âgées de 75 à 79 ans, ce taux de décès est maintenant observé dans le groupe des 80 à 84 ans. Ainsi, comme les premiers symptômes (p. ex. : haute pression, taux de cholestérol élevé, etc.) de problèmes cardiaques apparaissent souvent à partir de 50 ans, c'est pendant une période beaucoup plus longue de la vie des personnes que des médicaments s'avèrent nécessaires pour éviter que la situation ne s'aggrave. On ne peut

donc pas s'attendre à une diminution de la dépense en médicaments pour le système cardio-vasculaire. Au contraire, il faut anticiper qu'elle va continuer à augmenter de façon importante.

Un deuxième exemple concerne un groupe de médicaments qui explique une forte part de la croissance des coûts, celui des médicaments pour le traitement de problème gastro-intestinaux (ulcères et reflux). Pour prévenir et traiter ces problèmes, des médicaments de la classe des inhibiteurs de pompes à protons, inscrits sur la liste depuis une dizaine d'années, ont occasionné des dépenses de l'ordre de 50 M$ en 1998. Ce groupe explique à lui seul toute la croissance de ce champ d'intervention. Ici aussi, le nombre de personnes traitées pour de tels problèmes a connu un développement très rapide, passant de 102 000 à 244 000 personnes au cours de cette période. On verra à la section 2.6.1 que des réserves sont formulées sur l'utilisation de ce même groupe de médicaments.

Un troisième exemple concerne de nouveaux médicaments du système nerveux central qui permettent de traiter certaines personnes avec de graves problèmes de santé mentale. Ici encore, un médicament récent pour traiter la schizophrénie, mis en marché en 1997, a occasionné des dépenses de plus de 15 M$ deux années plus tard. Or, sans ce médicament, un bon nombre de personnes auraient été institutionnalisées ou le seraient encore.

Un autre phénomène a des répercussions importantes sur les coûts. Il s'agit de l'intensification de la recherche, notamment dans de nouveaux champs comme les antiviraux (sida, hépatite), les médicaments pour le cancer ou certaines maladies neurologiques dégénératives, dont les résultats sont maintenant disponibles.

Quelquefois, les résultats de la recherche ne correspondent pas aux priorités en santé et peuvent même ouvrir de nouvelles problématiques pour les médicaments du type « style de vie » par exemple, ou faire surgir ces problématiques alors que la société n'est pas encore prête à en apprécier la portée (thérapies géniques, dépistage génétique). Ceci se

rajoute aux tendances de fond, très importantes en soi, que sont le vieillissement et les attentes de la population.

C'est l'apparition de nouveaux médicaments qui est l'élément volatile de la croissance des coûts et il n'est pas vraiment possible de prévoir l'arrivée de nouveaux médicaments, sauf dans les dernières étapes du long processus qui va de la recherche fondamentale à la mise en marché d'un produit commercialement intéressant. L'ensemble des coûts de la recherche doit être amorti sur les produits qui sont commercialisés. Une fois sur le marché et inscrit sur la liste, il est difficile de prévoir jusqu'où ira la diffusion d'un médicament.

2.3.5 Le jugement sur l'évolution des coûts

Les sections précédentes montrent, d'une part, que la croissance des coûts (+15,2 %) est très élevée et, d'autre part, que le Québec reste cependant dans la moyenne des autres provinces et des autres pays. Deux jugements doivent être précisés : l'un comparant le programme aux autres dépenses en santé ou aux dépenses des autres secteurs, l'autre comparant le Québec à d'autres juridictions.

Le programme de médicaments a une des croissances les plus fortes de tous les programmes du secteur de la santé. Si on compare, sur la base de coûts nets et pour les années financières 1998-1999 et 1997-1998, les dépenses publiques du Régime général d'assurance médicaments aux dépenses pour le programme de services médicaux (rémunération des médecins), on a, d'une part, 17,8 % de croissance et, d'autre part, 2,7 %.

On a vu qu'il y avait des tendances lourdes qui font que le traitement de certaines maladies se fait maintenant plus par une approche médicamenteuse sur une longue période que par une approche hospitalière ponctuelle. Dans le programme de médicaments, chaque percée de ce genre a comme effet de s'ajouter aux autres, souvent

pour une même personne, sur une base quasi permanente, et donc d'augmenter les coûts.

On a vu aussi que toutes les juridictions connaissent des augmentations importantes de leurs dépenses de médicaments, indépendamment des formules que chaque province ou pays a retenues pour les financer ou des techniques utilisées pour administrer ces régimes. La cause de cette croissance peut être vue comme étant commune à tous les programmes et tient plus à l'arrivée de nouveaux médicaments.

Il faut reconnaître que le secteur pharmaceutique est un secteur en forte croissance et le demeurera. Les médicaments prendront une place plus importante dans les budgets et les dépenses des particuliers et des gouvernements. En contrepartie, les médicaments règlent maintenant des problèmes qu'ils ne réglaient pas auparavant; il s'agit d'un aspect positif qu'on ne peut se permettre d'ignorer.

Ceci ne signifie pas pour autant que toute la croissance des coûts est justifiée. Il y a effectivement des réserves sérieuses à avoir quant à l'utilisation qui est faite de certains médicaments. Ce point est développé à la section 2.6.

En bref, les exemples précédents permettent de souligner deux éléments importants :

- Un facteur majeur de la dynamique de croissance est mondial et prend la forme de l'apparition de nouvelles thérapies qui changent les façons de faire et qui, à l'intérieur du programme de médicaments, sont généralement plus coûteuses que les anciennes approches médicamenteuses. Ces approches sont souvent diffusées sur de larges populations, notamment dans des buts préventifs (ostéoporose, cholestérol, etc.) d'où une autre accélération des coûts dans ce programme. Une partie de cette croissance est attendue, sinon normale, mais il y a aussi une part dont il faut discuter, tant sur la valeur ajoutée de certains médicaments proposés pour inscription sur la liste que sur

l'utilisation des médicaments après leur inscription. Sur ces deux derniers points, on peut intervenir au Québec.

- L'augmentation des coûts des médicaments permet souvent des économies dans d'autres programmes de santé par une réduction, notamment, des services hospitaliers. Pour être complète, l'analyse de la croissance des coûts du programme de médicaments doit être effectuée dans ce contexte.

2.4 L'évolution du financement du régime de 1997 à 1999

Il existe trois sources de financement pour le régime : les contributions des assurés directement reliées à la consommation, les primes annuelles versées au Fonds de l'assurance médicaments et le Fonds consolidé du Québec. Ces trois sources de financement ont été décrites à la partie 1 du rapport. Cette section présente l'évolution du financement en distinguant le financement privé (la part assumée par les usagers) et le financement public (la part assumée par le régime).

Les dernières prévisions pour les coûts de 1999 indiquent que l'augmentation moyenne des coûts totaux sera de l'ordre de 15 % entre 1997 et 1999. Ainsi, les coûts globaux du régime public d'assurance médicaments devraient atteindre 1 485 M$ en 1999.

Les données précédentes présentent les coûts bruts, c'est-à-dire qu'elles incluent les contributions des usagers. Le financement du régime par le gouvernement ne concerne que les coûts nets.

2.4.1 L'évolution des contributions des usagers

Les contributions des usagers augmentent moins rapidement que les coûts bruts. Les modalités de contribution des usagers font en sorte, lorsque la franchise mensuelle est déjà payée ou que le plafond mensuel est atteint, que certaines dépenses de médicaments ne sont plus soumises à la contribution[12]. L'évolution des contributions des usagers depuis, depuis 1997, est présentée au tableau 18.

---

12 Pour donner un exemple, une personne ayant une prescription de 28,33 $ paiera en contribution 8,33 $ de franchise mensuelle et 5 $ de coassurance pour un total de 13,33 $, soit 47 % de la dépense. Si un autre médicament de 28,33 $ lui est prescrit le même mois, elle ne paiera que la coassurance sur cette prescription, la franchise mensuelle étant déjà payée. Sa contribution est de 7,08 $ (25%) pour la deuxième prescription. Au total, cette personne paierait 20,41 $ pour ces deux prescriptions, soit 36 % de la dépense. Cependant, si cette personne est un prestataire d'assistance-emploi ou une personne âgée recevant le supplément de revenu garanti maximal, cette contribution est plafonnée à 16,66 $ et sa contribution correspond alors à 29 %.

Tableau 18

POURCENTAGE DES CONTRIBUTIONS DES USAGERS PAR RAPPORT AUX COÛTS BRUTS DU RÉGIME ET MONTANTS DE CES CONTRIBUTIONS EN M$			
Toutes les clientèles			
	Pourcentage	**Montants (M$) des contributions**	**Coûts bruts**
1997	25,6	287	1 119
1998	23,4	302	1 291
1999 (projection)	22,2	329	1 485

Sur des coûts prévus de 1 485 M$ en 1999, la diminution de 3,4 points de pourcentage représente 50 M$ qui a été pris en charge par le financement public.

Cette évolution comprend deux modifications : celle de juillet 1997, qui mettait la franchise sur une base mensuelle plutôt que trimestrielle, et celle du 1er octobre 1999 qui exonère de toute contribution les prestataires présentant des contraintes sévères à l'emploi. Mais même à modalités constantes, la part des contributions diminue de façon relative. Sur une période de 24 mois pendant laquelle aucune modification n'a été faite aux paramètres de contributions, le pourcentage des coûts totaux financé par ces contributions a diminué de l'ordre de 2 points de pourcentage.

Le régime comble ce qui n'est pas financé par les contributions des usagers. Non seulement il doit s'ajuster à la croissance des coûts mais il doit aussi compenser le fait que le financement privé assume une part toujours moins forte des coûts totaux. Si on cherche à constater de combien ont évolué le financement public et le financement privé dans un tel contexte, on peut consulter le tableau 19.

Tableau 19

ÉVOLUTION DU PARTAGE DES COÛTS (ENSEMBLE DES CLIENTÈLES PUBLIQUES)						
	Financement privé (part assumée par les usagers)		Financement public (part assumée par le régime)		Total	
	En M$	Variation par rapport à l'année précédente en %	En M$	Variation par rapport à l'année précédente en %	En M$	Variation par rapport à l'année précédente en %
1997	287	-	832	-	1 119	-
1998	302	6	989	19	1 291	15
1999	329	9	1 155	17	1 485	15

On peut donc voir que si les coûts bruts augmentent de 15 % par année, le financement public doit augmenter de près 18 % en moyenne.

Le fait que les modalités de contribution, par exemple le plafond mensuel, n'aient pas été ajustées a amplifié le phénomène mais la question est de savoir si on doit mesurer l'effort que représentent ces contributions par rapport à la part des dépenses de médicaments qu'elles financent, (par exemple, avoir un objectif de financer 25 % des dépenses) ou par rapport à la part que les dépenses de médicaments prendront dans les revenus des gens qui les assument (par exemple, avoir un objectif de ne pas demander plus que 1 % ou 2 % du revenu en contributions des usagers).

Si les contributions avaient été ajustées, notamment les plafonds, dans la même proportion que l'évolution des dépenses, le plafond mensuel des prestataires d'assistance-emploi serait de l'ordre de 25 $ par mois (au lieu de 16,66 $). Par rapport aux prestations annuelles de 7 500 $ environ, il s'agirait d'un effort supplémentaire de près de 1,3 %. À des degrés divers, les autres clientèles verraient aussi leurs dépenses en contribution augmenter beaucoup plus rapidement que leurs revenus.

C'est pourquoi il faut considérer que le financement du régime (Fonds consolidé et Fonds de l'assurance médicaments) est appelé à augmenter à un rythme plus rapide que celui des dépenses totales en médicaments des assurés du régime, à moins de modifier les modalités de contribution.

2.4.2 L'évolution du financement des dépenses des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi (Fonds consolidé)

Sur une base d'année financière, l'évolution des dépenses de médicaments des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi qui ont été financées par le gouvernement est présenté au tableau 20.

Tableau 20

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS FINANCÉES PAR LE FONDS CONSOLIDÉ EN M$			
	1997-1998	**1998-1999**	**Variation**
Personnes âgées	491,2	561,2	70,0
Prestataires d'assistance-emploi	203,8	239,0	35,2
Total	695,0	800,2	105,2
Source :*Rapport annuel de la Régie de l'assurance maladie du Québec*			

Quant aux prévisions pour les deux prochaines années, on les retrouve au tableau 21.

Tableau 21

ESTIMATIONS DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS FINANCÉES PAR LE FONDS CONSOLIDÉ EN M$				
	1999-2000	**Variation par rapport à l'année précédente**	**2000-2001**	**Variation à l'année**
Personnes âgées	633,9	72,7	720,3	86,4
Prestataires d'assistance-emploi	288,8	49,8	343,6	54,8
Total	922,7	122,5	1063,9	141,2

Le financement supplémentaire est donc passé de 105 M$ en 1998-99 à une estimation de 122,5M$ pour 1999-2000. Pour 2000-2001, on estime que le financement devra encore être accru de 141,2 M$.

2.4.3 L'évolution du financement des dépenses pour les adhérents (Fonds de l'assurance médicaments)

Pour la clientèle des adhérents dont les dépenses doivent en principe s'autofinancer, la croissance des coûts se répercute directement sur le niveau de prime qui doit être demandée à cette clientèle.

Tableau 22

FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS ÉTATS FINANCIERS* (MILLIONS $)		
	1997-1998	**1998-1999**
Revenus de primes	177,7 M$	253,1 M$
Dépenses de l'exercice		
- Coût des prescriptions	179,0 M$	229,6 M$
- Administration	18,2 M$	24,3 M$
Total des dépenses	197,2 M$	253,9 M$
Surplus ou (déficit) de l'exercice	(19,5) M$	(0,9) M$
Surplus ou (déficit) accumulé	(13,3) M$	(14,1) M$
* États financiers du Fonds de l'assurance médicaments.		

On peut voir au tableau 22 que sur la base des chiffres publiés, les revenus générés par une prime à 175 $ ne permettaient pas de financer les dépenses en 1997-98. Cependant, il faut prendre en considération que la donnée de 177,7 M$ correspondait à un estimé. En effet, compte tenu que les revenus de primes de 1997 n'ont été connus qu'en 1998 lors de la déclaration de revenus, on ne disposait pas de la donnée réelle. Un ajustement a été fait en 1998-1999 pour tenir compte que les revenus de primes de 1997 avaient été sous-estimés. Comme il est mentionné aux états financiers du Fonds de l'assurance médicaments, l'ajustement entre la valeur réelle des primes de l'année civile 1997 et leur valeur estimative a eu pour effet d'augmenter les revenus de primes de 1998-1999, de 28,5 M$.

Pour 1999-2000, on prévoit, au tableau 23, des revenus de primes de l'ordre de 228 M$ et des dépenses de l'ordre de 293 M$, pour un déficit d'exercice de 65M$. Le déficit accumulé serait de 79 M$ au 31 mars 2000. Si le niveau de prime se maintient et si les

dépenses continuent d'augmenter aussi rapidement, le déficit d'exercice sera de 111 M$ en 2000-2001 et le déficit accumulé de 189 M$.

Tableau 23

FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS
ÉQUILIBRES FINANCIERS
(MILLIONS $)
ESTIMÉS POUR 1999-2000 ET 2000-2001

	Estimations 1999-2000 (000 $)	Estimations 2000-2001 (000 $)
Primes	227,9	232,4
Dépenses		
- Médicaments et honoraires professionnels	264,9	315, 4
- Administration (MR et RAMQ)	27,7	27,7
Total des dépenses	292,6	343,0
Surplus ou (déficit) de l'exercice	(64,7)	(110,6)
Surplus ou (déficit) au début de l'exercice	(14,1)	(78,8)
Surplus ou (déficit) accumulé	(78,8)	(189,4)

MR : Ministère du revenu
RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec (données arrondies à la première décimale)

Les scénarios possibles pour assurer l'autofinancement du Fonds de l'assurance médicaments devront donc refléter le fait que les revenus de primes doivent suivre les dépenses financées par ce fonds.

2.5 La couverture des médicaments

2.5.1 Les décisions de couverture des médicaments

La ministre de la Santé et des Services sociaux dresse la Liste des médicaments dont le coût est garanti par le Régime général d'assurance médicaments. Depuis sa création en 1972, le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP) est l'organisme chargé d'assister la ministre dans la préparation et la mise à jour de la Liste des médicaments.

Pour aviser la ministre, le Conseil consultatif de pharmacologie utilise deux critères qui sont mentionnés à l'article 57 de la Loi sur l'assurance-médicaments, soit la valeur thérapeutique et la justesse du prix.

Rappelons que cette liste constitue aussi la couverture minimale que doivent offrir les régimes privés et que les décisions de couverture prises par le gouvernement doivent aussi s'appliquer dans le secteur privé. Les régimes privés peuvent cependant offrir d'autres produits.

2.5.2 Les révisions de la liste depuis 1997

Lors de l'entrée en vigueur du Régime général d'assurance médicaments en janvier 1997, le Conseil consultatif de pharmacologie a procédé à une révision complète de la Liste des médicaments qui était alors en vigueur afin de l'adapter à ce nouveau contexte. De plus, il a examiné le dossier de plusieurs nouveaux médicaments et reconsidéré le bien-fondé de l'inscription de certains autres. Le Conseil consultatif de pharmacologie a utilisé comme base la liste déjà existante en 1996 pour les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que pour les prestataires d'assistance-emploi.

Dans sa réévaluation, le Conseil consultatif de pharmacologie s'est assuré que :

- les médicaments essentiels et efficaces demeurent inscrits;

- les substances pouvant être utilisées dans le cadre du virage ambulatoire apparaissent sur la liste;

- les médicaments couverts dans le régime général répondent aux besoins essentiels des populations actives que constituait la nouvelle clientèle assurée par le régime.

Depuis 1997, la mise à jour de la liste se fait chaque trimestre et il y a eu un élargissement continu de la liste depuis l'instauration du régime général, comme l'indique le tableau 24.

Alors que 780 dénominations communes[13] qui correspondent à autant de molécules différentes étaient inscrites sur la Liste des médicaments en janvier 1997, ce qui représentait environ 4 000 produits différents, la Liste des médicaments du 1er octobre 1999 renferme maintenant plus de 831 dénominations communes qui représentent environ 4 700 produits différents[14].

---

13 Les médicaments et les adjuvants utilisés pour les préparations magistrales sont exclus.

14 La dénomination commune correspond à une molécule. Selon la forme (capsules, comprimés...) ou le teneur (10 mg, 30 mg...), une dénomination commune peut correspondre à plusieurs médicaments. Un médicament peut, dans le cas des génériques, être offert par plusieurs fabricants sous des marques de commerce différentes et ainsi correspondre à plusieurs produits.

Tableau 24

DATES DES MISES À JOUR PRINCIPALES ET NOMBRE DE PRODUITS INSCRITS DANS LA LISTE[1]

Date	Nombre[1] de dénominations communes (dc)	Nombre[1] de médicaments (dc + forme +teneur)	Nombre[1] de produits inscrits (DIN distincts)
Janvier 1993	754	1 894	3 437
Juillet 1993	768	1 959	3 577
Janvier 1994	763	1 934	3 512
Janvier 1995	775	1 942	3 579
Janvier 1996	787	1 990	3 793
Juillet 1996	783	1 991	3 847
Janvier 1997	780	2 014	3 985
Juillet 1997	815	2 108	4 237
Octobre 1997	806	2 110	4 229
Janvier 1998	805	2 109	4 243
Avril 1998	808	2 128	4 300
Juillet 1998	810	2 149	4 385
Octobre 1998	823	2 185	4 504
Janvier 1999	830	2 196	4 572
Avril 1999	828	2 206	4 613
Juillet 1999	829	2 218	4 639
Octobre 1999	831	2 236	4 670

(1) Les médicaments et les adjuvants utilisés pour les préparations magistrales sont exclus.

Une analyse montre que globalement, au Québec, 209 demandes d'inscription pour des nouvelles molécules ont été soumises de septembre 1997 à août 1999 et que 150 (71 %) d'entre elles ont été acceptées pour inscription.

Une étude[19] indique aussi que c'est au Québec que le délai d'attente pour l'inscription de nouveaux médicaments est le plus court et où le taux d'entrée de ces mêmes médicaments est le plus élevé au Canada. De manière générale, c'est le Québec qui accepte le plus de nouveaux médicaments et le plus rapidement.

2.5.3 Les limites des critères utilisés pour l'inscription

Le Rapport McGregor sur les critères et le processus de décision pour la couverture des médicaments coûteux a mis en lumière que les deux critères actuellement utilisés, et qui sont inchangés depuis les années 70, ne sont plus pleinement adaptés au contexte de décision. Les médicaments coûteux, lorsqu'ils sont soumis au processus décisionnel, testent les limites de ces deux critères et en forcent le réexamen.

On entend par médicaments coûteux les médicaments entraînant des dépenses importantes et ceux qui présentent des coûts élevés en regard des avantages de santé qu'ils apportent. Concrètement, les médicaments coûteux peuvent se présenter sous la forme de traitements qui seront dispensés à peu d'individus mais qui sont très dispendieux à chaque occasion, souvent plus de 100 000 $ par année, ou sous la forme de traitements plus abordables, 1 000 $ par année par exemple, mais qui seront diffusés dans une très large population.

Le processus d'inscription du Conseil consultatif de pharmacologie implique un examen de la valeur thérapeutique mais, même sur ce point, les données soumises par le fabricant sont souvent insuffisantes. Il arrive parfois que les critères de valeur thérapeutique et de justesse de prix ne puissent être évalués pour certains nouveaux médicaments. Malgré leur autorisation de mise en marché, il y a une quantité insuffisante de données humaines expérimentales prospectives et comparatives, acceptées par les pairs.

---

19. I.M.S. Health, *Provincial Reimbursement Advisor*, 2 : 4, Nov. 1998, pp. 39-40.

Il faut rappeler que dès qu'un médicament est homologué par les autorités fédérales, il est commercialisable partout au Canada et que tous les médecins peuvent le prescrire. Les autorités fédérales s'intéressent à deux points précis : la sécurité et l'efficacité. L'efficacité est le plus souvent mesurée par rapport à un placebo. Il est plus rare que l'efficacité soit comparée à celle d'un autre médicament et dans certains cas, il n'y a d'ailleurs pas de médicament comparable. L'homologation est donnée pour une indication. Elle ne tient pas compte des impacts économiques.

Dès l'homologation, les demandes d'inscription sur les listes provinciales peuvent alors être enclenchées sur la base du dossier analysé au niveau fédéral qui privilégie la sécurité et l'efficacité. Il se crée alors une pression pour une décision la plus rapide possible de la part des organismes provinciaux qui, comme le Conseil consultatif de pharmacologie, doivent analyser ces demandes. On se rend compte alors qu'il manque des données élémentaires (valeur thérapeutique comparée, coûts-efficacité, impact économique net).

Les critères actuels se limitant à la justesse des prix et à la valeur thérapeutique, leur application montre naturellement une prédominance des questions reliées à la sécurité et à l'efficacité des produits sur les questions relatives aux dimensions économique, financière et sociale. Même si la plupart des décisions concernant les médicaments coûteux incluent ces dernières dimensions, le Conseil consultatif de pharmacologie ne peut pleinement tenir compte de ces aspects, puisqu'ils n'apparaissent pas parmi les critères actuellement mentionnés par la loi. Utiliser, lors de la décision de recommander ou non l'inscription, d'autres critères que ceux de la loi laisse naturellement le Conseil consultatif de pharmacologie vulnérable à des contestations judiciaires.

2.5.4 Les interventions sur le prix des médicaments

Le Conseil consultatif de pharmacologie intervient sur le niveau et l'évolution des prix unitaires des médicaments à trois reprises.

Prix de vente garanti : lors de l'inscription d'un médicament, le manufacturier soumet un prix de vente garanti par format et prend un engagement qu'il ne vendra pas à un pharmacien ce médicament à un prix différent. Selon des formats et des frais de grossiste, ce prix de vente garanti devient le prix qui est remboursé au pharmacien. En procédant ainsi, on élimine la possibilité qu'un pharmacien réalise un profit caché en achetant un médicament moins cher qu'il ne lui est remboursé.

Vérification du prix de vente dans les autres provinces : la deuxième vérification que fait le Conseil consultatif de pharmacologie est de s'assurer que ce prix est égal ou plus bas que dans toutes les autres provinces.

Politique d'augmentation des prix : la troisième action est de surveiller les prix des médicaments une fois inscrits. Depuis l'instauration du régime, le conseil a appliqué de façon rigoureuse la politique ministérielle à l'effet de n'accorder aucune hausse de prix pour les produits inscrits, sauf pour des motifs très particuliers. Cette politique a sûrement contribué à limiter l'augmentation des dépenses en médicaments. En fait, l'évolution des prix des médicaments qui sont déjà sur le marché n'est plus considéré comme un élément significatif.

De plus le Conseil consultatif de pharmacologie applique, pour certains médicaments inscrits à la liste depuis quinze ans ou plus et produits par deux fabricants ou plus, la politique du prix le plus bas. En bref, celle-ci fait en sorte que le prix payable est celui du produit du fabricant qui a soumis le prix de vente garanti le moins cher. Par contre, si un produit est inscrit depuis moins de quinze ans, il n'est pas soumis à cette politique.

Seul le Québec n'applique pas intégralement la politique du prix le plus bas dès qu'un générique arrive sur le marché. Cette politique s'applique aux produits innovateurs uniquement si cela fait 15 ans ou plus qu'ils sont inscrits sur la liste.

Hormis ces contrôles, le Conseil consultatif de pharmacologie ne peut remettre en cause le prix d'un médicament alors que c'est le nœud du problème. Celui-ci est finalement le prix de lancement du médicament lors de l'homologation. Les vérifications que fait ensuite le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés sont destinées à s'assurer que le prix canadien n'est pas plus élevé que dans les autres pays ou que le prix n'est pas supérieur au coût le plus élevé d'une thérapie équivalente. Pour un médicament recommandé pour inscription, dans la mesure où le manufacturier s'engage au prix de vente garanti, ne vende pas son médicament moins cher ailleurs au Canada et n'augmente pas ses prix en cours de route, il pourra être inscrit à la liste à ce prix.

En bref, les critères utilisés par le Conseil consultatif de pharmacologie dans le processus de décision sont ceux mentionnés dans la loi. Ils semblent maintenant limités par rapport à la complexité croissante et aux nombreuses implications sociales et économiques que soulève une décision pour un médicament coûteux. De plus, les données soumises par les fabricants sont souvent à développer, notamment pour chiffrer les impacts économiques. Le conseil, par diverses règles, peut s'assurer qu'à l'intérieur du régime général, le prix remboursé correspond au prix d'achat du pharmacien, qu'il ne sera pas plus élevé qu'ailleurs au Canada et qu'il n'évoluera pas à la hausse. Cependant, il ne peut discuter le prix comme tel.

Par rapport aux objectifs du régime, le nombre de médicaments inscrits sur la liste a progressé de manière notable, garantissant à l'ensemble de la population un accès le plus complet possible à l'ensemble des médicaments.

2.6 L'utilisation optimale des médicaments

En juin 1996, la Loi sur l'assurance-médicaments instituait le Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM). Le mandat du comité est de favoriser l'utilisation adéquate des médicaments, dans l'optique d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population et d'optimiser les ressources consacrées aux médicaments.

Ainsi, lorsqu'il a créé ce comité, le législateur percevait l'importance que les médicaments soient bien utilisés. Une utilisation inadéquate des médicaments telle une surconsommation, une sous-consommation ou un traitement inapproprié[16] , peut causer de sérieux problèmes de santé et occasionner des coûts non négligeables au système de santé. Il faut noter que le milieu hospitalier a adopté cette approche en créant le Réseau de revues de l'utilisation des médicaments (RRUM) au début des années '90. Le but était d'assurer un usage optimal des médicaments, lesquels représentaient une part importante de la croissance des dépenses des établissements.

Comme nous l'avons vu dans la section traitant de l'évolution des coûts, un taux de croissance de 15 % en moyenne pourrait continuer d'affecter annuellement la plupart des régimes d'assurance médicaments. Ce taux est d'autant plus préoccupant qu'il influencera la répartition des ressources financières entre les différents secteurs de la santé. Il faut donc s'assurer que l'utilisation de ces nouveaux médicaments ainsi que les nouvelles façons de traiter à l'aide de l'ensemble des médicaments disponibles, soient adéquates et optimales.

---

16 On entend par surconsommation ou sous-consommation le fait d'utiliser plus ou moins de médicaments que ce qui est objectivement nécessaire. On entend également par traitement inapproprié un traitement qui n'est pas requis par la condition clinique d'un patient, un traitement qui présente des interactions nuisibles à sa santé, un traitement dont les doses ne sont pas adaptées selon l'âge, le sexe ou l'état de santé du patient, ou un traitement qui vise le même problème de santé qu'un traitement déjà en cours.

Par ailleurs, il faut prendre conscience des moyens dont dispose l'industrie pharmaceutique pour développer et commercialiser les nouveaux médicaments. Ce secteur, faut-il le rappeler, est en forte croissance au plan mondial et les médicaments continueront de prendre une place importante dans les dépenses des particuliers et des gouvernements.

2.6.1 Des écarts importants entre l'utilisation optimale et l'usage observé

Deux études menées par le Comité de revue de l'utilisation des médicaments en 1998 et 1999, portant sur l'ensemble des clientèles de la Régie de l'assurance maladie du Québec, ont mis à jour des écarts importants entre l'usage optimal et l'usage observé des médicaments étudiés.

La première étude visait les médicaments utilisés dans le traitement de l'asthme (voir la référence à l'annexe 2). Les principaux constats de cette étude sont que les médicaments ne sont pas utilisés de façon optimale. Dans certains cas, ces médicaments sont sous-utilisés, alors que dans d'autres cas, ils sont sur-utilisés.

La seconde étude a porté sur l'utilisation d'une classe de médicaments employés dans le traitement des ulcères gastroduodénaux et dans le traitement du reflux gastro-œsophagien. À nouveau, les résultats (non encore publiés) démontrent qu'il y a des écarts importants entre le traitement optimal et le traitement observé.

Ces résultats ont été obtenus dans un contexte où des lignes directrices de traitement avaient été transmises à l'ensemble des médecins et que de nombreuses activités d'éducation médicale continue avaient eu lieu sur ces sujets.

Il reste à s'assurer de la diffusion des résultats auprès des médecins et des pharmaciens. Au besoin, des mesures correctrices devront être mises en place. Enfin, les effets de ces actions devraient pouvoir être évalués.

Le comité a publié à l'intention des professionnels les résultats de la première étude et des recommandations précises sur les actions permettant de corriger la situation. Les responsables des organismes représentés au comité ont également été interpellés pour la mise en place des stratégies retenues.

2.6.2 Quelques stratégies de soutien aux professionnels de la santé

Les mesures destinées à améliorer les habitudes de prescription des médecins peuvent prendre différentes formes telles les cours, la distribution de matériel pédagogique et d'outils d'aide à la prescription, le recours à des leaders d'opinion, la transmission des profils individuels de prescription, des rencontres formatives individuelles ou de groupe, des systèmes d'aide à la décision et des modifications au mode de rémunération. D'autres stratégies peuvent également être envisagées.

- Les guides de pratiques reliés à la prescription des médicaments

Le Conseil consultatif de pharmacologie a publié au cours des dernières années divers guides d'utilisation de médicaments traduisant les consensus établis au niveau de groupes scientifiques ou d'associations nationales ou internationales d'experts. Il publie également les « Capsules pharmacothérapeutiques » à l'intention des professionnels de la santé. Ces capsules traitent des principaux médicaments évalués et résument les motifs ayant amené le conseil à faire ses recommandations.

Plusieurs associations médicales ou pharmaceutiques publient aussi des guides de pratique dans le domaine des traitements médicamenteux. Ces ouvrages sont généralement d'excellente qualité et sont susceptibles d'aider les professionnels à faire des choix éclairés. Certains guides comportent des éléments de sensibilisation au coût des différentes thérapies.

- Les activités de formation professionnelle continue

Considérant le rythme très rapide de mise en marché des nouveaux médicaments, la formation continue est essentielle à la mise à jour des connaissances. Plusieurs associations professionnelles offrent à leurs membres médecins et pharmaciens des séminaires, conférences ou autres activités de formation continue. L'industrie pharmaceutique peut être ou non associée à ces événements.

- Les opinions pharmaceutiques

Les opinions pharmaceutiques sont un avis motivé d'un pharmacien portant sur l'histoire pharmacothérapeutique d'un patient ou sur la valeur thérapeutique d'un ou plusieurs médicaments prescrits. Elles semblent être un bon moyen de communication avec le patient et le prescripteur. Il semble cependant que cette mesure soit peu utilisée et que la lourdeur administrative reliée à son remboursement agisse comme barrière à son utilisation.

- Les projets de gestion intégrée des soins

La mise en place de systèmes de soins intégrés tels qu'ils existent particulièrement en Angleterre, peut permettre, dans cetaines conditions, d'optimiser l'ensemble des ressources affectées aux soins des malades. Au Québec, un système de soins intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (projet SIPA) est en cours d'expérimentation dans la région de Montréal ; des résultats préliminaires devraient être disponibles en l'an 2000. Le ministère de la Santé et des Services sociaux suit ce projet attentivement, notamment sous l'angle de l'utilisation des médicaments.

2.6.3 Des constatations générales sur l'utilisation

Comme l'a démontré le Comité de revue de l'utilisation des médicaments avec les deux premières études qu'il a réalisées, des écarts importants entre le traitement optimal et le traitement observé peuvent exister. La thérapie médicamenteuse évolue très rapidement et de tels écarts s'expliquent en partie par des variations dans les modes de pratique des professionnels de la santé, particulièrement des médecins.

Ces constatations d'une utilisation inappropriée des médicaments démontrent l'importance de continuer les études et la recherche évaluative en ce domaine. Ils militent en faveur de l'application de mesures correctrices, dans le respect des personnes et des professionnels impliqués, en vue d'une utilisation optimale des médicaments et afin d'obtenir le meilleur rendement pour les sommes investies dans la pharmacothérapie des patients et l'amélioration de leur santé. Considérant l'ampleur de la tâche à accomplir, on peut se questionner sur la suffisance des ressources et des moyens dont dispose le comité pour la réalisation de son mandat.

Par ailleurs, les médecins et les pharmaciens ont accès à de nombreuses activités de formation continue et divers guides de pratique sont publiés chaque année. Des moyens sont disponibles, mais ils ne semblent pas toujours adaptés aux besoins des professionnels visés. Un manque de coordination des efforts faits en vue de rendre optimal l'usage des médicaments est souvent noté. On devra donc viser la coordination de l'ensemble des interventions qui sont faites en vue d'assurer l'utilisation optimale des médicaments. Des efforts plus particuliers devraient être déployés pour rejoindre et sensibiliser les professionnels, notamment les médecins, au rôle qu'ils peuvent jouer dans l'atteinte de cet objectif.

La thérapie avec les médicaments est avantageuse mais elle génère une pression importante sur les ressources dont dispose le secteur des soins de santé. Dans un souci d'obtenir le meilleur rendement possible des sommes investies par le

gouvernement et par les individus, l'utilisation optimale des médicaments devrait être assurée par la mise en place ou la consolidation d'un ensemble de mesures, notamment la revue de l'utilisation des médicaments.

CONCLUSION

La loi a prévu la nécessité de revoir le Régime général d'assurance médicaments à la fin de sa troisième année d'application de façon à pouvoir procéder aux changements nécessaires, le cas échéant. Le présent exercice d'évaluation fournit l'occasion de porter un jugement d'ensemble sur l'atteinte des objectifs d'universalité, d'accessibilité et d'équité, inscrits initialement dans la loi. Plus particulièrement, il fait ressortir à la fois les acquis importants du régime et les zones critiques à surveiller, ainsi que les risques qui peuvent le menacer à long terme, tant sous l'angle des impacts que sous l'angle du fonctionnement. Les principales constatations qui découlent de l'évaluation sont résumées dans les paragraphes qui suivent.

Au chapitre de l'accessibilité, le régime général a permis à 1,5 million de personnes d'adhérer au programme d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), offrant à une majorité d'entre elles une protection qui ne leur était pas accessible auparavant. De plus, la limite maximale de dépenses établie à 750 $ annuellement protège maintenant mieux les citoyens contre le risque financier associé à la maladie et à la prise de médicaments coûteux. Aucune limite n'était appliquée dans les régimes privés. Pour leur part, les personnes non assurées devaient payer la totalité de la dépense.

L'évaluation fait ressortir que des besoins importants existaient chez cette clientèle et suggère que le régime général a eu des effets positifs sur leur santé : l'utilisation des services médicaux, de l'urgence et de l'hospitalisation a diminué chez les adhérents qui prennent une quantité importante de médicaments.

Pour les clientèles traditionnelles (environ 700 000 prestataires d'assistance-emploi et 850 000 personnes âgées de 65 ans et plus), le régime général et les modifications législatives adoptées en juin 1999 ont articulé un compromis. D'un côté, la hausse des contributions a favorisé une rationalisation de la consommation qui a eu des effets

bénéfiques chez les personnes âgées. De l'autre, cette hausse a entraîné des effets négatifs sur la santé des personnes qui, parmi ces clientèles, consommaient régulièrement des médicaments. Ces résultats ont amené le gouvernement à modifier les règles de contribution pour le groupe le plus durement touché, soit les prestataires d'assistance-emploi présentant des contraintes sévères à l'emploi, qui bénéficient de la gratuité depuis le 1er octobre 1999.

Sur le plan du partage public-privé, le régime fonctionne bien. Les assureurs privés respectent les obligations créées par la loi, collaborent au bon fonctionnement du régime et sont globalement satisfaits de l'arrangement mis en place. L'application du régime fait cependant ressortir des problèmes et des zones à surveiller.

Au chapitre de l'application du régime et de sa viabilité à court et à long terme, l'évolution des coûts et la répartition du financement ont retenu l'attention.

La croissance rapide des coûts est l'un des principaux risques qui menacent le régime général. De 1997 à 1999, la dépense totale de médicaments dans la partie publique du régime général a augmenté au rythme de 15 % par année pour l'ensemble des clientèles. Ce rythme de croissance est toutefois comparable à ce qui est observé au Québec dans les régimes privés, dans les autres provinces et du côté américain. L'utilisation de nouveaux médicaments plus chers mais souvent meilleurs est l'un des facteurs importants responsables de la croissance des coûts. On prévoit que ce facteur et d'autres qui concourent à une augmentation du nombre d'ordonnances (virage ambulatoire, vieillissement de la population, attentes plus grandes des gens, concurrence dans l'industrie du médicament, etc.) vont continuer à exercer des pressions à la hausse sur les coûts au cours des prochaines années.

En ce qui concerne **la question du financement**, les prévisions de déficit du Fonds de l'assurance médicaments ainsi que l'augmentation importante des dépenses à financer pour les prestataires d'assistance-emploi et les personnes âgées sont préoccupantes.

Deux autres questions ont finalement été abordées dans cette évaluation : celle des médicaments couverts et celle de l'utilisation optimale des médicaments.

Les médicaments couverts sont ceux inscrits sur la liste établie par la ministre sur recommandation du Conseil consultatif de pharmacologie (CCP). L'accessibilité aux nouveaux médicaments a été conforme aux objectifs du régime qui visaient à garantir à l'ensemble de la population un large accès aux produits disponibles. C'est au Québec que le délai d'attente pour l'inscription de nouveaux médicaments est le plus court et où le taux d'entrée de ces mêmes médicaments est le plus élevé au Canada. Toutefois, l'arrivée de plus en plus fréquente de médicaments coûteux fait ressortir les limites du processus de décision actuel, particulièrement des critères utilisés pour décider des médicaments couverts. Ces critères sont devenus trop restreints par rapport aux nombreuses implications économiques et sociales, de plus en plus complexes, que soulèvent ces décisions.

L'utilisation optimale des médicaments est une autre cible prioritaire introduite à l'occasion de la mise en place du régime général. Plusieurs études dont celles menées par le Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) ont mis à jour des écarts importants entre l'utilisation optimale et l'usage observé des médicaments. Les problèmes d'utilisation observés ont trait à la prescription et à la délivrance inappropriée de médicaments, au manque de suivi de la thérapie et aux comportements de patients relativement à l'observance. L'optimisation de l'effet sur la santé des personnes mais aussi l'optimisation des ressources consacrées aux médicaments doivent être recherchées.

Globalement, le Régime général d'assurance médicaments fait que tous les Québécoises et Québécois disposent maintenant d'une bonne protection. Sa mise en place a permis de faire des gains importants sur les plans de l'accessibilité et de l'équité. La cohérence et l'efficacité des politiques sociales ont été améliorées par

l'universalité de l'assurance médicaments qui vient compléter et rendre plus efficace le fonctionnement de l'assurance maladie et de l'assurance hospitalisation.

Malgré tout, des problèmes subsistent et peuvent présenter des risques pour la viabilité du régime à long terme. La prochaine étape consistera à les prendre en considération et à soumettre des pistes de révision pour les solutionner.

ANNEXE 1

LES MEMBRES DU COMITÉ DIRECTEUR CONSTITUÉ POUR L'ÉVALUATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Madame Mireille Fillion
Sous-ministre adjointe
Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation
Ministère de la santé et des services sociaux

Monsieur Pierre Joubert
Directeur
Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la santé et des services sociaux

Madame Danielle Doyon
Chef de service
Service de l'analyse des programmes
Régie de l'assurance maladie du Québec

Madame Marthe Huot
Unité de coordination des affaires pharmaceutiques
Ministère de la santé et des services sociaux

Monsieur Robert Jacob
Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la santé et des services sociaux
(Rattaché à l'Institut national de santé publique depuis novembre 1999)

Monsieur Normand Lefebvre
Direction des politiques et des systèmes financiers
Ministère de la santé et des services sociaux

Monsieur Marquis Nadeau
Directeur général
Conseil consultatif de pharmacologie

Monsieur Guy Simard
Chef de service, par intérim
Service de l'actuariat et des analyses économiques
Régie de l'assurance maladie du Québec

Monsieur Benoît Turmel
Service de l'actuariat et des analyses économiques
Régie de l'assurance maladie du Québec

Ont aussi fait partie du comité jusqu'en septembre 1999 :

Madame Marie Demers, Service des études et de la recherche
Ministère de la santé et des services sociaux

Monsieur Jean Houde, alors Directeur de l'analyse de programmes et statistiques, Régie de l'assurance maladie du Québec

Monsieur Marc Lecours, alors Directeur de la planification stratégique et responsable de l'Unité de coordination des médicaments
Ministère de la santé et des services sociaux

Ont collaboré à la production et à l'édition du rapport d'évaluation :

Madame Diane Beaulé
Madame Céline Drouin
Madame Manon St-Pierre
Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la santé et des services sociaux

ANNEXE 2

PRINCIPAUX DOCUMENTS PRODUITS AUX FINS DE
L'ÉVALUATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Travaux pilotés par le comité directeur :

Demers, M., Caron, L. (1999). *Évaluation des effets bénéfiques du régime public d'assurance médicaments sur la santé des nouveaux adhérents,* Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Régie de l'assurance maladie du Québec, 39 p. et annexes.

Régie de l'assurance maladie du Québec (1999 a). *Analyse descriptive de l'évolution du régime d'assurance médicaments au regard de facteurs explicatifs d'ordre thérapeutique,* Québec, RAMQ, Service de l'analyse des programmes, 38 p.

Régie de l'assurance maladie du Québec (1999 b). *Stratégies expérimentées pour améliorer l'utilisation des médicaments,* Québec, RAMQ, Service de l'analyse des programmes, 39 p.

Régie de l'assurance maladie du Québec (1999 c). *Utilisation optimale du médicament : Pour un meilleur rendement sur l'investissement,* Québec, RAMQ, Service de l'analyse des programmes, 22 p.

Régie de l'assurance maladie du Québec (1999 d). *Mutualisation des risques (mimeo),* Québec, RAMQ, Service de l'actuariat et des analyses économiques, 10 p.

Travaux réalisés par des experts ou chercheurs externes au comité directeur :

McGregor, M. (collaboration R. Jacob) (1998). *Critères et processus de décision pour la couverture des médicaments coûteux au Québec : Réflexions sur la situation actuelle et propositions de changement,* Québec, 25 p. et annexes.

Tamblyn, R. *et al.* (1999). *Rapport d'évaluation de l'impact du Régime général d'assurance-médicaments (3 volumes),* Montréal, Université McGill, Université de Montréal, Université McMaster (CHEPA), USAGE. (Un résumé de 28 pages est également disponible.)

À paraître :

Institut de la statistique du Québec, *Rapport de l'étude auprès des adhérents au régime québécois d'assurance médicaments.*

Travaux du Comité de revue de l'utilisation des médicaments utilisés dans le rapport d'évaluation

Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) (1999 a). *Revue de l'utilisation des agonistes B_2 inhalés employés dans le traitement de l'asthme,* Rapport d'étude, Québec, CRUM, 72 p.

Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) (1999 b). *Réflexions sur le régime général d'assurance médicaments sous l'angle de l'utilisation optimale du médicament,* Document de travail, Québec, CRUM, 1999, 33 p.